Aus dem Medizinischen Zentrum für Psychosomatische Medizin
Abteilung Medizinische Psychologie
am Klinikum der Justus - Liebig - Universität Gießen

Psychosoziale Anpassungsformen an die Krankenhaussituation bei internistischen Patienten

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung des Doktors der Medizin
des Fachbereiches Humanmedizin
der Justus - Liebig - Universität Gießen

vorgelegt von
Seidlmayer Elisabeth
aus Würzburg

Gießen 1980

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552617_0046

Aus dem Medizinischen Zentrum für Psychosomatische Medizin
Abteilung Medizinische Psychologie
am Klinikum der Justus - Liebig - Universität Gießen

Psychosoziale Anpassungsformen an die Krankenhaussituation bei internistischen Patienten

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung des Doktors der Medizin
des Fachbereiches Humanmedizin
der Justus - Liebig - Universität Gießen

vorgelegt von
Seidlmayer Elisabeth
aus Würzburg

Gießen 1980

Dekan:	Prof. Dr. Ringleb
1. Berichterstatter:	Prof. Dr. Davies-Osterkamp
2. Berichterstatter:	Prof. Dr. Dr. Schumacher
Kommissions- Gutachter:	Prof. Dr. Matthes

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort		Seite
1.	Einleitung	1
2.	Fragestellung	3
3.	Übersicht über die Literatur	12
3.1	Theoretischer Rahmen	12
3.2	Empirische Untersuchungen	28
4.	Die eigene Untersuchung	40
4.1	Zielsetzung und Hypothesen	40
4.2	Aufbau und Vorgehensweisen	42
4.3	Methoden der Materialerhebung	45
4.3.1	Vorgehen	46
4.3.2	Konstruktion und Zielsetzung der Fragebogen	47
4.3.3	Methodenprobleme	51
4.4	Darstellung und Diskussion der Ergebnisse	57
4.4.1	Übersicht	57
4.4.2	Die Stichprobe	59
4.4.2.1	demographische Struktur des Kollektivs	59
4.4.2.2	Erkrankung und allgemeine psychosoziale Situation der Patienten	61
4.4.2.3	Psychosoziale Situation der Patienten im Krankenhaus	67
4.4.3	Häufigkeitsauszählung über die Fragebogen	72
4.4.3.1	Bogen über Einstellung des Patienten zu Krankheit und Krankenhaus	72
4.4.3.2	Bogen über Erfahrungen der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes	74
4.4.3.3	Bogen zur Einschätzung der Situation der Patienten durch die Angehörigen des Pflegepersonals	77

		Seite
4.4.3.4	Auswertung der Interviews	79
4.4.4	Faktorenanalysen	84
4.4.5	Korrelationen der Skalen untereinander	11o
4.4.5.1	Einzelne Ergebnisse	11o
4.4.5.2	Zusammengefaßte Aussagen	113
4.4.5.3	Anpassungsstile	114
4.4.6	Varianzanalysen	118
4.4.6.1	die Station als unabhängige Variable	118
4.4.6.2	Alter und Geschlecht als unabhängige Variable	119
4.4.6.3	Geschlecht und Schicht als unabhängige Variable	123
4.4.6.4	Die Krankheit als unabhängige Variable	126
4.4.6.5	Zusammenfassung	127
4.4.7	Vergleich zwischen Selbsteinschätzung der Patienten und Einschätzung durch Angehörige des Pflegepersonals	13o
4.4.7.1	Allgemeine Voraussetzungen	13o
4.4.7.2	Zusammenfassung der bisherigen Ergebnisse	132
4.4.7.3	Bildung der Skalendifferenzwerte	136
4.4.7.4	Die Stichprobe: Häufigkeitsauszählung	138
4.4.7.5	Korrelations- und Faktorenanalyse	139
4.4.7.6	Varianzanalysen	142
4.4.7.7	Zusammenfassung	145
5.	Weitere Folgerungen	
5.1	zum Regressionstheorem	148
5.2	Diskussion der Hypothesen	153
5.2.1	Rangordnung der Bedürfnisse	153
5.2.2	die "Grundhypothese"	159
6.	Zusammenfassung	176
7.	Schluß: Ansätze zur Neugestaltung der stationären Medizin	187

Vorwort

Im Zusammenhang mit der Anfertigung der vorliegenden Arbeit bin ich vielen Leuten, die mir dabei teils bewußt, teils ohne davon zu wissen, Hilfe geleistet haben, zu Dank verpflichtet.
Als erstes habe ich Herrn Prof. Dr. B. Leinweber für die Erlaubnis, die Untersuchung an der von ihm geleiteten Abteilung vorzunehmen, zu danken.
Weiter gilt mein Dank Frau Prof. Dr. S. Davies-Osterkamp für die Betreuung und Beratung bei Planung und Durchführung der Arbeit, und Herrn H.J. Dreher für die Hilfe bei der teils recht beschwerlichen statistischen Auswertung.
Besonders verbunden fühle ich mich natürlich mit dem Personal der Stationen, auf denen ich die Untersuchung durchführen konnte, für ihre freundliche Toleranz und ihre aktive Unterstützung in vielen Kleinigkeiten der Organisation und beim Ausfüllen der Fragebogen- beides Dinge, die in keiner Weise selbstverständlich gewesen sind, ohne die aber die Arbeit nicht hätte durchgeführt werden können.
Das Ausmaß der zugemuteten Belastung für die Angehörigen des Pflegepersonals ist mir eigentlich erst später voll bewußt geworden; und ich bin deswegen rückblickend umso dankbarer dafür. Dies gilt auch für die Patienten, die sich beteiligt haben, für die das Ganze, was ich auch jetzt nach einigen Jahren längerer Erfahrung im Krankenhaus viel deutlicher sehe, völlig aus dem gewohnten Rahmen getreten sein muß.
Weiterhin hatte ich mit Freunden und Bekannten die unschätzbare Möglichkeit, immer wieder über einzelne Aspekte des Projektes und den Stand der Dinge zu diskutieren, und bin dankbar besonders für die Kritik und die Ermutigung, die ich dabei erfahren habe, und die mir auch über schwierige Phasen weggeholfen haben.

Insgesamt weiß ich, daß die dauernde Beschäftigung mit der vorgenommenen Thematik im Rahmen dieser Arbeit über eine längere Zeit weg, und das gerade zu einem ziemlich frühen Zeitpunkt meiner Ausbildung, bei der ersten Findung meiner beruflichen Idendität, und bei der Orientierung in einem vieldiskutierten Arbeitsfeld und als Angehörige einer umstrittenen Berufsgruppe, in der inzwischen endlich vieles in Bewegung gerät, von ganz wesentlicher Bedeutung gewesen und für mich daraus nicht wegzudenken ist.

ERKLÄRUNG

Ich versichere hiermit, daß ich die vorliegende Arbeit mit dem Thema " Über die Situation stationärer Patienten" selbstständig verfaßt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe. Die Stellen, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Fall durch Angabe der Quellen, auch der benutzten Sekundärliteratur, als Entlehnung kenntlich gemacht.

Siegen, im Oktober 1980

1. Einleitung

Den Anstoß zur vorliegenden Arbeit bildete eine zusehends wachsende Anzahl von Problemen, die sich während und im Zusammenhang mit der Tätigkeit im Krankenhaus stellten. Die ursprünglichen Fragen waren ganz einfach gewesen, fast banal, vielleicht gerade dem Neuling näherliegend als dem, der jahrelang routiniert im Krankenhaus tätig ist, und der möglicherweise glaubt, sich schämen zu müssen, derartiges als Problem zu formulieren. Es ging zum Beispiel darum, welche Bedeutung die einzelnen Teilaspekte des Komplexes Krankenhaus in ihrer kleinsten Ausformung für den einzelnen Patienten haben: begonnen mit der Organisation des Alltags, mit Kleinigkeiten wie dem morgendlichen Blutabnehmen, über mehr oder weniger eingreifende Untersuchungen bis hin zur Auseinandersetzung des einzelnen Patienten mit seiner Situation im Krankenhaus, und zwar des durchschnittlichen, d.h. nicht durch Art oder Phase der Erkrankung irgendwie extrem belasteten Patienten (weder Kinder noch chronisch Kranke noch solche mit malignen Erkrankungen oder unter Intensivstationsbedingungen), sondern des normalen internistischen Patienten auf einer internistischen Durchgangsstation. Bei der Beschäftigung mit diesen Fragen kann man zwei Wege beschreiten, und wird auf scheinbar widersprüchliche Ergebnisse stoßen. Aus einzelnen Berichten von Patienten und aus der Mehrzahl der Arbeiten in der medizinpsychologischen und -soziologischen Literatur erfährt man nachvollziehbar, daß der Patient sich im Krankenhaus in einer außerordentlich konflikt- und spannungsgeladenen Situation befinde, die mit mannigfachen psychischen und körperlichen Belastungen einhergehend, ihn oft mindestens an den Rand der Dekompensation bringe. Wenn man aber dieses Konzept in der Praxis zu verifizieren versucht, macht man die erstaunliche Erfahrung, daß sich eine überwiegende Zahl der

Patienten mit gelassenem Gleichmut und ohne die erwarteten Krisenreaktionen in die Lage des Krankenhauspatienten hineinfinden, sich darin aufhalten und auch wieder herausfinden können. Wenn man nun bereit ist, die Aussagen der Literatur als theoretisch, übertrieben und möglicherweise intellektuell- überempfindlich abzutun, sieht man sich aufgehalten durch die wenigen, aus dem Rahmen der normalen, angepaßten Reaktion fallenden Entwicklungen bei einzelnen Patienten, die über verschiedene Schattierungen bis zu von massiver Angst, Depression oder Aggression gezeichneten z.T. stillen, z.T. hochdramatischen Katastrophenreaktionen, jedenfalls groben Fehlanpassungen an die Krankenhaussituation gehen. Zu der Frage nach der Herkunft solcher Reaktionen tritt die Frage nach ihrer Bewältigung. Als dritte stellt sich die nach dem Nicht-auftreten dieser Reaktionen, das heißt danach, wie die Mehrzahl der Patienten sich mit ihrer Situation auseinandersetzen und sie ohne große Krisen bewältigen kann. Die Beschäftigung mit dieser dritten Frage bildet das Hauptanliegen dieser Arbeit: es geht primär also um die Physiologie der Anpassung des Patienten an die Situation im Krankenhaus, und nur sekundär um deren Pathologie: ausgehend von der Deskription und der Physiologie kann man sich erneut den vom "Normalen" abweichenden Verläufen zuwenden und sich nach deren Bedingtheit und Auslösung fragen und damit möglicherweise ihrer Vorbeugung oder Bewältigung näherkommen.
Damit tritt man in ein Netz aus vielschichtigen Interaktionen, Abhängigkeiten und Wechselwirkungen, auch mit teils außerhalb, teils lang vergangenen Dingen und Entwicklungen ein und muß bemüht sein, den einzelnen Mustern und Fäden dieses Netzes möglichst vorsichtig zu folgen, um die Gesamtstruktur durch die Untersuchung nicht zu sehr zu entstellen.

2. Fragestellung

Kurz zusammengefaßt geht es um die Beschäfigung mit folgenden Fragen:

1. Was geschieht bei der Anpassung des Patienten an seine Situation im Krankenhaus, welche Bedeutung haben die einzelnen Aspekte der Krankenhausorganisation und der Medizin für den einzelnen Patienten ?
2. Worin bestehen Rahmenbedingungen und Ursachen für eine gelingende bzw. mißlingende Anpassung ans Krankenhaus ?
3. Auf welchen Wegen und mit welchen Mitteln bewältigen die einzelnen Patienten ihre Situation ?
4. Wie stellt sich die Situation und Reaktion der Patienten in den Augen Angehöriger des Pflegepersonals (als einer die Situation der Patienten wesentlich mitbestimmenden und z.T. miterlebenden Personengruppe dar ?

Bei allen diesen Fragen geht es um Aspekte der Anpassung des Patienten ans Krankenhaus, bzw., wenn man Anpassung als einen gegenseitigen Prozeß begreift, an die Anpassung von Patient und Krankenhaus aneinander. Es geht um die Geschehnisse im und mit dem Patienten und zwischen ihm und den Protagonisten der Institution Krankenhaus - Mitpatienten, Pflegepersonal, Ärzte, Verwaltung etc. Man steht vor einer Fülle sich ablösender, gegenseitig bedingter, regulierender und ineinandergreifender Prozesse, in denen der einzelne zum Teil im Rahmen seiner persönlichen Bedingungen eigenständig Agierender, zum Teil im Rahmen seiner Rollenbestimmtheit bloßes Rad im Getriebe ist.
Der Patient kommt ins Krankenhaus mit seiner individuellen psychischen und sozialen Vorgeschichte und (meistens) einer somatischen Anamnese, körperlichen Beschwerden oder einer Krankheit. Das bedeutet, er hat als Erwachsener

oft schon selber die eine oder andere Krankheit durchgemacht, war im Krankenhaus gewesen oder hat derartiges bei Angehörigen miterlebt; wenigstens in seiner Vorstellungswelt verfügt er über Phantasien und konkretere Einstellungen zum Bereich Gesundheit und Krankheit und körperlicher Beeinträchtigung, und er hegt Vorstellungen und Erwartungen über das, was ihm im Krankenhaus begegnen werde und wie er sich dort zu verhalten habe. Überhaupt verfügt er über seine eigene Art, an Probleme heran- und mit ihnen umzugehen, z.B. sich mit fremden Dingen, Leuten und Situationen zu arrangieren und darin zu überleben, und er hat bestimmte Möglichkeiten, sich auszudrükken und durchzusetzen und Erfahrungen damit. Hierzu treten Einzelheiten seines Krankheitsverlaufes, und seines aktuellen körperlichen Zustandes und deren psychischen Verarbeitung, kurz, seine individuelle Art, krank zu sein. Die Gestaltung dieser Eigenschaften und Verhaltensweisen ist entscheidend von der, auch viel früheren, familiären und sozialen Umwelt des einzelnen Menschen geprägt worden [1].

Die Folge sind, trotz der ziemlich ähnlich strukturierter Ausgangssituation für den einzelnen neuen Patienten im Krankenhaus, ganz unterschiedliche Verhaltens- und Reaktionsweisen [2].

---

1) Anm.: Krohne zitiert die Ergebnisse einer Langzeitstudie über 30 Jahre (von A.R. Weinstock), die sich mit der Entwicklung von psychischen Abwehrmechanismen im Zusammenhang mit Detreminanten der familiären und sozialen Umwelt beschäftigt.

2) Anm.: Folge hiervon sind, unter Vernachlässigung des zugrundeliegenden Ernstes, bes. auf Seiten der Ärzte und des Pflegepersonals, platte vulgärpsychologische Patiententypologien, z.T. noch in anekdotenhaft-witziger Art in Buchform gebracht (z.T. chr.)

In der Folge überformen einzelne Erlebnisse im Krankenhaus den persönlichen Stil des Patienten und es kommt zu einem Arrangement des Patienten mit den Erfordernissen des Krankenhauses, das sich auf der Skala bewegt, die von innerlich und äußerlich gelassenem Auskommen, über phasen- oder aspektweise kritische Situationen bei im großen und ganzen stabilem Gleichgewicht bis zu einem für alle unerträglichen permanenten Spannungszustand oder einer bloß im Stillen schwelenden Katastrophe reicht.

Obwohl Anpassung ein prinzipiell zweiseitiger Prozeß ist, verschieben oft Kräfteverhältnisse und Abhängigkeiten die Belastung auf die Seite des Schwächeren und Abhängigen, der überwiegend darauf angewiesen ist, sich autoplastisch zu adaptieren. Nach dem klassischen Konzept über die Patientenrolle von Parsons (s. weiter hinten) ist der Patient, um den Preis, möglichst schnell Hilfe aufzusuchen und gesunden zu wollen, von einem Teil seiner alltäglichen sozialen Verpflichtungen befreit. Diese Hilfe findet oder wenigstens erwartet er vom Arzt bzw. im Krankenhaus. Dieses, als Institution mit bestimmten inneren Bedürfnissen und normierten Abläufen, ist nur nach bestimmten engen Regeln darauf eingerichtet, sich auf die Bedürfnisse des Patienten einzustellen. Den ganzen Rest der Spannung, die entsteht, wenn individuelle Bedürfnisse auf ein allgemein zugeschnittenes System treffen, auszugleichen und zu verarbeiten, bleibt das Problem des einzelnen Patienten. Das Krankenhaus gewährt lediglich eine Art routinemäßige Einfühlung, nach der Rechte und Freiräume festgelegt werden [3].

---

3) Anm.: z.B.: Lediglich ein Kachektischer, Moribunder oder aus schwerer Krankheit Genesender hat in der Regel das Recht, seine Kost zu wünschen, oder seine Bedürfnisse in der Gestaltung des Tagesablaufes finden Berücksichtigung.

Das Überschreiten des eingeräumten Freiraumes, dessen Grenzen für den Patienten oft genug nicht klar sind, riskiert, das Sanktionspotential, mit dem die Institution und ihre Vertreter ausgestattet sind, zu mobilisieren. Ärzte und Pflegepersonal sind als Partnerseite in den Anpassungsprozeß involviert und tragen in ihrer statusmäßig überlegenen Stellung zur Einstellungs- und Verhaltensbildung der Patienten wesentlich bei. In Kontakt und Kommunikation zwischen Patienten und Personal entstehen Schwerpunkte und Lücken; und es verspricht interessant zu sein, zu untersuchen, wieweit beide Seiten über denselben Sachverhalt - die Situation des einzelnen Patienten im Krankenhaus - zu einer ähnlichen oder möglicherweise stark abweichenden Einstellung kommen.
Wenn man bedenkt, wie wichtig für eine realitätsgerechte und redliche Auseinandersetzung mit einer Situation und ihren Problemen ist, daß alle Beteiligten zwar nicht die Bewertung, aber doch die sachliche Einschätzung der Gegebenheiten teilen, lohnt es sich, der Frage nachzugehen, wieweit dies bezüglich der Situation des Patienten im Krankenhaus zwischen Pflegepersonal und Ärzten auf der einen und Patienten auf der anderen Seite der Fall ist, und ob chronisch problematische Situationen nicht ihre Ursache in grob divergierenden Einschätzungen der Lage finden.

Weitgefaßt soll dem nachgegangen werden, welche Determinanten im sozialen, psychischen und somatischen Sinne Wege, Art und Erfolg der Anpassung und Auseinandersetzung des Patienten an das Krankenhaus beeinflussen, und mit der Einbeziehung der Einschätzung der Situation der Patienten durch die Angehörigen des Pflegepersonals ein Beitrag zur Kommunikation im Krankenhaus geleistet werden.

Um einen derartig breiten Ansatz, der die Komponenten ei-

ner sehr komplexen und verwickelten Situation in phänomenologischer und kausaler Hinsicht beschreiben soll, in den Griff zu bekommen, sind Eingrenzungen und Akzentsetzungen notwendig. Es ist versucht worden, diese so zu wählen, daß möglichst, sozusagen unter Beschneidung der Ränder, ein verkleinertes und begrenzteres Ganzes bleiben sollte und nicht unter Herausgreifen einzelner Aspekte ein Ganzes in Stücke, von denen einige im Vordergrund stehen, und andere wegfallen sollten, zerlegt werden würde.

Über einzelne Aspekte der Krankenhaussoziologie und der Beziehung und Interaktion zwischen Patient und Krankenhaus, Arzt und Patient, Patient und Krankheit, Patient und krankheitsbezogene Information, liegen umfassende und detaillierte Forschungen vor. Ähnliches gilt für Kranke in extremen Situationen, wie kranke Kinder, Todkranke, Intensivpatienten, Patienten vor Operationen. Als erste Eingrenzung bietet sich an, die von diesen Untersuchungen abgedeckten Themenbereiche nurmehr, wo nötig, orientierend in die Untersuchung einzubeziehen. Ein völliges Weglassen so zentraler Dinge wie das Verhältnis des Patienten zu krankheitsbezogener Information, das von H.J. Raspe vielfältig bearbeitet worden ist [1], ist sicher nicht möglich, doch ist z.B. dieses Thema kein Schwerpunkt der vorliegenden Untersuchung; ebenso wurde der Bereich der Arzt - Patient - Beziehung nur gestreift, dazu und zur speziellen Problematik der Visite liegen u.a. von Siegrist [2,3] umfassende Ergebnisse vor.

---

1. H.J. Raspe: Informationsbedürfnisse und faktische Informiertheit bei Krankenhauspatienten
2. J. Siegrist: Der Doppelaspekt der Patientenrolle im Krankenhaus
3. J. Siegrist: Arbeit und Interaktion im Krankenhaus

Eine Untersuchung von Geigt, Urban und Köhle befaßt sich mit der Problematik der Nachtwache, zahlreiche Arbeiten existieren zum Bereich Umgehen des Patienten mit seiner Erkrankung (z.B. Engelhart 1971) und dem Bereich der Psychosomatischen Medizin (Kübler-Ross). Ebenso gehören die Fragen von Tod und Sterben und der besonderen Lage von Todkranken oder vitalgefährdeten Patienten nicht zum hier behandelten Thema. Auch die etwas anders gelagerte bzw. zusätzlich akzentuierte Problematik chirurgischer Patienten wird ausgeklammert.
Außerdem liegt eine Anzahl von empirischen Untersuchungen über Lage und Gefühlswelt von Patienten im Krankenhaus vor (deren ausführlichste ist die von Engelhardt u.a., 1973). Einen theoretischen Rahmen bietet schließlich die medizinsoziologische Literatur.

In diesem Feld sollen Vorgehen und Ziel der vorliegenden Arbeit abgesteckt werden:
Der Methode nach handelt es sich um eine empirische Arbeit. Die Daten wurden mittels Fragebogen, Interviews und teilnehmender Beobachtung direkt in der Krankenhaussituation gewonnen, gesammelt und statistisch verarbeitet. Inhaltlich ging es darum, wie der leicht- oder mittelschwer erkrankte internistische Akutpatient die Hospitalisation und das Krankenhaus erlebt und wie er diese Erlebnisse verarbeitet. Auf die Deskription folgt der Versuch der kausalen Analyse dieser Vorgänge. Verschiedene Verarbeitungsstile, möglicherweise abhängend vom soziokulturellen und biographischen Hintergrund und den spezifischen Belastungen durch die Krankheit werden vermutet und sollen, wenn möglich näher beschrieben werden. Die Einschätzung der Situation durch die Patienten und, unabhängig davon erhoben, durch Angehörige des Pflegepersonals soll verglichen und möglichst daraus Schlüsse über Art und Funktionieren der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Patienten gezogen werden.

Einzelne relevante Aspekte des Krankenhausalltags und bestimmter Patientengruppen werden näher beleuchtet. Ein Versuch, die eingangs aufgeworfenen Fragen zu beantworten, wird gemacht werden. Besonders wird versucht, ein Konzept zu finden, mit dem man dem eingangs geschilderten Widerspruch zwischen theoretischer Konfliktgeladenheit der Patientenrolle und meist gefundener vergleichsweise undramatischer Verarbeitung der Situation durch die Patienten vielleicht klärend näherkommen kann. Weiter soll das gefundene Material dazu beitragen, zu einem bisher noch nicht genannten Begriff Stellung zu beziehen. Nämlich taucht in der Literatur der Begriff der Regression des Patienten auf. In Kürze beinhaltet dieser Begriff, daß der Patient durch verschiedene situationale Gegebenheiten, und zwar als essentieller Bestandteil der Patientenrolle, in eine quasikindliche Haltung verfällt, was für den Umgang mit dem Patienten und die ihm zugestandenen Möglichkeiten erhebliche Folgen hat. JJCB Bremer und Siegrist haben zuerst dieses Regressionstheorem auf seine Folgen und in seiner Bedingtheit untersucht, in Frage gestellt und Gegenkonzepte formuliert, die die Situation des Krankenhauspatienten mit ihren Beschränkungen so beschreiben und verstehen, daß eine angemessenere Sichtweise, die einen ehrlicheren, hilfreicheren und weniger von institutioneller Hierarchie gezeichneten Umgang mit den spezifischen Problemen möglich ist.
Hier kann man noch einmal den Begriff der Anpassung aufgreifen. Nach dem zunächst nur beschreibenden und dann Ursachen analysierenden Aspekt erhält das Woran und Wozu einen wertenden Aspekt. Neben die Wahrnehmung der mehr oder weniger gelungenen Anpassung, die ein elastisches Zurechtkommen und ein zweckrationales Sicheinfügen auf der Verhaltensebene bei einem Minimum an zu ertragender Spannung ermöglicht, tritt die wertende Überlegung, ob

dies so richtig ist.
Das beinhaltet, die Patientenrolle, wie sie heute überwiegend gestaltet ist, in Frage zu stellen und ihre Inhalte und Erfordernisse zu messen an den Maßstäben moderner, d.h. fortschrittlicherer und erwiesenermaßen erfolgreichere Therapiekonzepte, die versuchen, magische paternalistische und hierarchische Elemente durch rationale, emanzipatorische undegalitäre Inhalte zu ersetzen. Hier geht es nicht mehr nur um Harmonisierungsversuche auf der Verhaltensebene, sondern um einen grundsätzlich anderen Zugang zur Rolle des Patienten, und damit zu den korrespondierenden Rollenbildern für Pflegepersonal und Ärzte. Die mit einer solchen Revision der Rollen einhergehende Verlagerung des derzeitig sehr ungleichen Machtgefälles gäbe Raum für eine neue Gegenseitigkeit zwischen Patient und Krankenhaus, die das Sich-Abfinden nicht weiter als die einzige Reaktionsmöglichkeit für den Patienten erscheinen ließe. - Wer sich nur abfinden kann, bleibt aber passiv, und Passivität auf Seiten des Patienten verurteilt einen großen Teil der Bemühungen auch der rein klinischen Medizin zum Scheitern, die gerade auf Mitarbeit des Patienten entscheidend angewiesen ist. Nur kann man nicht auf der einen Seite Passivität - im Dienste der Anpassung ans Krankenhaus- institutionell erzwingen und auf der anderen Aktivität - im Dienste der Mitarbeit an einem Therapiekonzept- fordern.
Im Großen geht es ja überhaupt darum, aus der Fülle des theoretischen und empirischen Materials mit der Zeit über bewußteres Verstehen und Umgehen mit den Notwendigkeiten der Situation Konsequenzen abzuleiten, die, im Rahmen der heutigen klinischen Medizin, und ihren sachlichen und technischen Erfordernissen ebenso verpflichtet sind wie den sozialen und psychischen Bedürfnissen des einzelnen daran teilhabenden Menschen (sei es Patient, Arzt, Schwester oder Pfleger) und die auf eine grundsätzliche

Humanisierung der Institution Krankenhaus hinzielen. Über die prinzipielle Möglichkeit und Notwendigkeit so ausgerichteter Ansätze kann ja kein Zweifel bestehen, will man nicht vor dem Paradox einer nicht veränderbaren Institution, die beansprucht, mit tendentiell inhumanen Mitteln trotzdem dem Menschen zu dienen, resignieren.

3. Übersicht über die Literatur

3.1 Theoretischer Rahmen

Zuerst soll von allgemeineren Begriffen der (medizinischen) Soziologie und Psychologie ausgehend ein Zugang zum Problem des stationären Patienten im Krankenhaus gesucht werden. Aus einem Überblick über gebräuchliche Konzepte in der Krankenhaussoziologie, besonders die Patientenrolle betreffend, sollen in einigen Punkten grundsätzlich verschiedene Haltungen gekennzeichnet und gegeneinander abgewogen werden. Dann werden vorhandene empirische Untersuchungen zu zentralen Problemen der stationären Medizin vorgestellt und im Feld ihrer Ergebnisse nochmals Ziel und Arbeitsrichtung der vorliegenden Arbeit abgesteckt, um sie in einen weiteren inhaltlichen Rahmen zu stellen.

Allgemein trägt das Krankenhaus die Merkmale einer gesellschaftlichen Institution [1]. Das bedeutet, die Erfüllung permanenter basaler gesellschaftlicher Bedürfnisse wird garantiert, indem eine festgelegte normative Ordnung die zweckgerichtete Regulation individuellen Verhaltens sicherstellt. Ein historisch gewachsenes beständiges und organisiertes Verhaltens- und Rollengefüge definiert im gegebenen Fall die Verhaltensprogramme der einzelnen Person, kann nötigenfalls von außen her Gewalt ausüben und ist mit moralischer Autorität ausgestattet. Der Einzelfall unterliegt dadurch einer Standardisierung und Typisierung, die es ermöglicht, ihn zweckgerichtet im Sinne der gegebenen Regeln zu behandeln und die dauerhafte Entlastung und Entsorgung der Allgemeinheit vom betreffenden Problem zu erreichen.

---

1. s. Raspe: Institutionalisierte Zumutungen an Krankenhauspatienten

Institutionen bestehen aus komplex voneinander abhängigen, durch unbedingte Normen festgelegten Rollen, die auf die Verwirklichung des betreffenden Wertes ausgerichtet sind. Dem individuellen Bedürfnis nach Überleben, nach Befreiung, Verminderung und Vermeidung von Leiden und damit Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit und dadurch sozialer Handlungsfähigkeit korrespondiert bezogen auf die soziale Gruppe die Notwendigkeit der Erhaltung des Bestehens der Gruppe mittels Erkennen, erklären Beheben und Kontrolle einer Dysfunktion. Die im einzelnen Erkrankungsfall notwendigen Maßnahmen werden hinsichtlich ihres gemeinsamen Kerns zusammengefaßt und finden als Normen, deren Summierungen jeweils Rollen definieren, ihren Niederschlag und eine über die Zeit und den Einzelfall hinausgehende und stabile Festschreibung. Somit kann der Einzelne, der bei sich eines gesundheitlichen Problems gewahr wird, einen präformierten Weg bei der Lösung seines Problems einschlagen; ebenso orientiert sich das Verhalten der Angehörigen der Primärgruppe an Regeln und auch die Personen, deren Aufgabe im Zuge der gesellschaftlichen Arbeitsteilung es ist, bei der Lösung gesundheitlicher Probleme durch Übernahme von Pflege, Diagnostik, Therapie und nötigenfalls Absonderung des Kranken mitzuwirken, finden ihre Rolle definiert.
Weit mehr als der individuelle Umgang der Kleingruppe garantiert die Rollen-und Normensetzung die zweckgerichtete Bearbeitung der auftauchenden Probleme und ermöglicht die Entwicklung effektiver und spezialisierter Methoden um den Preis der Typisierung und Reglementierung.

Indem die Entwicklung über größere Zeiträume hinweg geschieht, können aus den beiden letztgenannten Faktoren Formen entstehen, deren Herleitung vom ursprünglichen Zweck vielleicht noch ersichtlich ist, deren Wirkungen aber dem ursprünglichen Zweck vielleicht nicht mehr dien-

lich oder gar entgegengesetzt sind.
Für die Institution Krankenhaus beschreibt J.J.Rohde [1], wieweit der tatsächlich erreichte Zweck durch die verselbstständigte Entwicklung der Mittel vom ursprünglich intendierten wegstrebt.: Das Krankenhaus sei tendentiell inhuman, weil es sich generelle Humanität zuschreiben lasse und selber zuschreibe und eben dadurch gehindert werde, Einsicht in die strukturellen Momente seiner Inhumanität zu gewinnen und die Situation des Patienten und ihrer Veränderungsbedürftigkeit durchzudenken und zu analysieren, lautet seine Hauptthese.
Allgemeine organisationssoziologische Probleme, die leicht auftreten, wo ein Komplex von Zielen in einzelne Ziele, zu deren Erreichung jeweils unterschiedliche, z.T. widersprechende Handlungsstrategien notwendig sind, zerfällt, und wo Rollenüberlastung und -konflikte und eine zunehmende Entfremdung der Rollen durch Spezialisierung überhand nehmen, spitzen sich in der Organisation des Krankenhauses in extremer Weise zu. Verschiedene Ziele im Krankenhaus konkurrieren nicht nur, indem sie einander inhaltlich zuwiderlaufen, sie bringen den Ausführenden in dauernde Rollenkonflikte oder tragen zumindest zu dessen dauernden Überlastung und damit angespannten Situation bei. Bedürfnisse der Wirtschaftlichkeit kollidieren meistens mit denen der optimalen Versorgung, die Sorge um ausreichende Belegungsziffern konkurriert mit der Forderung um kurze Verweilzeiten; Erfordernisse der Pflege sind mit denen von Diagnostik und Therapie manchmal schwer zu vereinbaren. Forschung, Lehre, Aus- und Weiterbildung nennt man gewöhnlich in einem Atemzug, kaum je wird alles gleichmäßig erfüllt und dann noch mit einer guten Krankenhausversorgung integriert. Indem diese Konfusion unter der

---

1. J.J. Rohde: Strukturelle Momente der Inhumanität in einer humanen Institution

Fahne pauschaler Humanität betrieben wird, wird der Blick für eine rationale detailanalytische Sichtweise, die jedes Einzelelement auf seine Zweckgerichtetheit und seinen Beitrag zum Ganzen prüft, leicht verstellt. Struk - turell festgeschriebene Widersinnigkeiten bleiben unhinterfragt und resistent gegen jede Veränderung, dabei inhuman gegen die Patienten, zu deren Wohl sie angeblich bestehen und inhuman gegen die, die unter diesen Bedingungen arbeiten. Denn unter den Folgen der genannten Rollenkonflikte und Überlastungen leiden ja nicht nur die Patienten. Auch die Träger dieser durch die Konvention angeblich rein dem Wohl der Menschen dienenden Rollen spüren, oft zynisch, die makrabre Doppelbödigkeit, die sie verhindert, dem mitmenschlichen Charakter ihrer Rollen gerecht zu werden, und gleichzeitig selber zwingt, unter inhumanen Bedingungen zu arbeiten. Dies unterstreicht das Ausmaß des Paradoxes, das über die Situation des Patienten weit hinausreicht.
Gerade bei einer Einrichtung wie dem Krankenhaus, die dazu da ist, allen zu dienen, indem sie dem Einzelnen dient, ist es unumgänglich, immer nach der tatsächlichen Verwirklichung der Bedürfnisse der Beteiligten und nach der Zweckmäßigkeit und Effizienz der einzelnen Elemente hinsichtlich der Ziele der Einrichtung zu fragen und sie immer neu zu überprüfen. Denn, mit St. Exupéry: Das allgemeine Interesse ist nur eine Summe von Einzelinteressen, darüber hinaus berechtigt es zu nichts.
Hier stehen nun Bedürfnisse und Interesse des einzelnen Patienten, in der Situation, wo er in die Rolle des Krankenhauspatienten geraten ist und sich mit ihr auseinandersetzen muß, im Vordergrund.
Für den einzelnen Patienten, der erkrankt ist, hat sich ein Problem existentiellen Ausmaßes gestellt. Die Krankheit tritt zunächst als etwas neues und fremdes auf, das den erkrankten Körper(teil) zu etwas fremdem macht, von

dem der Patient zuweilen ganz distanziert spricht: das Bein, die Niere. Siegrist [1] beschreibt, daß der neue Patient zwei basale gedankliche Konstruktionen des menschlichen Lebens außer Kraft gesetzt sieht. Die Vorstellung, es gehe immer so weiter, und die, er könne immer wieder - jede ernstere Erkrankung konfrontiert mit der Zeitlichkeit und Vergänglichkeit, der Tatsache eines letzten Males. Zumindest als Phantasie, oder als, je nach Lage schlagartige oder allmählich sich verdichtende Gewißheit wird dem Patienten klar, daß es nicht immer fraglos so weiter geht, und daß das letzte Mal schon stattgefunden hat.

Über diesen existentiellen Schock berichten viele Patienten, in der Literatur findet man ihn dokumentiert [2]. Er stellt, nicht nur, was die Übernahme eines neuen Rollenarrangementes betrifft, ein Übertreten in eine andere Welt dar - ein Drama von großer Dichte - und selbst da, wo es sich um einen Weg mit Rückkehr gehandelt hat, ist ein Riß im glatten Verlauf des Lebens eingetreten und der betroffene Mensch geht anders aus der Situation hervor, als er in sie hineingegangen ist.

Die klassische Definition der Patientenrolle nach Parsons [3] umfaßt zwei zentrale Rechte und zwei zentrale Pflichten des Patienten.

---

1. J. Siegrist: Erfahrungsstruktur und Konflikt bei stationären Patienten
2. Rilke: die Blinde
   Bappert: der Knoten
   Hemingway: Über den Fluß und in die Wälder
3. J.J. Rohde: Soziologie des Krankenhauses S. 230

- Die Gesellschaft gesteht dem Betroffenen zu, daß er an seiner Erkrankung nicht selber schuld ist.
- Der Kranke wird von seinen alltäglichen Rollenverpflichtungen befreit.
- Man erwartet, daß er seine Krankheit möglichst bald und weitgehend überwinden und wieder gesund werden will.
- Man erwartet, daß er dazu fachkundige Hilfe aufsucht.

Die zitierten Arbeiten bieten eine detaillierte inhaltliche Auslegung, von der nur ein Aspekt herausgegriffen wird:
Die Rolle des Patienten enthält die Kombination aus Pflicht und Recht, Entpflichtung und Entrechtung, ein tiefgreifendes Paradox mit großer Spannung, deren Bewältigung den Betreffenden weitgespannten Ambivalenzen aussetzt. Er ist der, um den sich alles dreht, und dem gedient wird, zu dessen Besten alles geschieht -- sofern er sich ganz unterordnet und es ihm gelingt, ein kompliziertes System von Regeln zu meistern. Als Kranker an sich Träger eines gesellschaftlich devianten Verhaltens und in seiner Rolle unter bestimmten Bedingungen hierfür von Sanktionen befreit, steht er in der dauernden Gefahr, innerhalb seiner Rolle selber deviant zu werden, und dadurch Sanktionen auf sich zu ziehen. Wo er entspannen und gesunden sollte, gerät er in ein Netz maximaler Verwicklungen, in dem sich zu orientieren mit dauernder Wachsamkeit und Angespanntheit verbunden ist.
Gerade wo die in der Krankheit gestörte Integrität wiederhergestellt werden sollte, wird die Restintegrität zusätzlich belastet und beeinträchtigt. Erwartet wird maximaler Mut, Spannungstoleranz, aktive Anpassungsbereitschaft und -fähigkeit - erwartet wird maximale Gefügigkeit, Folgsamkeit und Unterordnung unter Anstalts- und Autoritätsstrukturen. Dem Kranken wird wohl eine ganz egozentrische Grundhaltung zugestanden, nur muß er

sie mit kollektiver Orientierung in einem komplizierten System vereinbaren, indem dauernd seine Bedürfnisse mit denen irgendwelcher anderer Leute kollidieren, und indem er seine eigenen oft genug hinten anzustellen hat. Kurzgesagt befindet sich der Patient in der klassischen Beziehungsfalle: zwei sich widersprechende Aufforderungen in einer Situation,in der er abhängig ist und aus der er nicht heraustreten kann.
All dies ließ sich aus Parsons Konzept über die Patientenrolle ableiten. Rohde [1] faßt als Merkmale der Krankenhauspatientenrolle die soziale Isolierung, den Statusverlust und Rollenwechsel, die Unterwerfung unter fremde Regeln und Routinen, Infantilisierung, Abhängigkeit und Beobachtbarkeit mit der Auflösung aller Privatheit und faßt dies in drei Schlagworte: psychosoziale Entwurzelung, relative Entpersönlichung und relative Infantilisierung [2]. Ein solcher Ansatz will die vorgefundenen Strukturen nicht wie Parsons nur beschreiben, sondern kritisch werten und die behauptete und tatsächliche Zweckgerichtetheit hinterfragen.

Siegrist [3] nähert sich einer anderen Widersprüchlichkeit der Patientenrolle, die der der empirischen Arbeitende antrifft, wenn er die beschriebene doppelgesichtige Situation des Patienten in der Praxis zu erforschen sucht. Dieses gezeichnete explosive Potential, als generelles Merkmal der Situation eines jeden Patienten postuliert, und doch glaubhaft, einfühlbar und leicht nachzuvollziehen, findet man nicht oder jedenfalls nur in wesentlich geringerem Ausmaß wieder und sieht sich unversehens in der Rolle eines heillosen Übertreibers mittelschichtlich-

---

1. J.J.Rohde: strukturelle Momente der Inhumanität in einer humanen Institution
2. J.J.Rohde: der Patient im sozialen System des Krankenhauses S. 197
3. J.Siegrist: Doppelaspekt ...a.a.o.

intellektueller Sensibilitäten. Andererseits stößt man hier und da auf vulkanartige Ausbrüche, die bestätigen, daß unter der scheinbar so ruhigen Oberfläche weitgehend zufriedener und angepaßter Patienten doch etwas vorhanden sein muß, was nicht in der Lage ist, sich in die allgemein verordnete Harmonie einzufügen.
Weiter beschreibt er, wie dem Krankenhaus aus der Sicht der Beteiligten zwei verschiedene Aspekte zukommen. Anstalt und Wohnort, für eine begrenzte Zeit den Lebensraum biete es dem heilungssuchenden Patienten, den organisatorisch zu vereinnahmen zur Erreichung dieses Zweckes in bestimmtem Maße unumgänglich ist. Betrieb und Arbeitsplatz sei es für die Angestellten des Krankenhauses, in deren Hände weitgehend die Befriedigung der Bedürfnisse der Patienten deligiert ist, und die auch eine wichtige Rolle bei der Normensetzung für die Patienten spielen. Als organisatorisch gegründete Merkmale der Patientenrolle faßt Siegrist den abrupten Rollenwechsel, den kollektiven Tagesablauf, die ständige Präsenz und die Kontaktbegrenzung, seitens des Personals kommen hinzu die Informationsbegrenzung, die Unpersönlichkeit der Beziehungsform sowie das geringe geregelte hohe Sanktionspotential, dem der Patient begegnet: Experten-Macht trifft auf Patienten-Ohnmacht.
Auch die Krankheit beinhaltet einen derartigen Doppelaspekt: Der Patient erlebt sie als einmalig in seiner Erkrankung, den Professionellen erscheint er als Fall von ...- typisiert nach meist organischen Gesichtspunkten. Auch dies disponiert durch die grundlegend unterschiedliche Herangehensweise zu Verständigungsschwierigkeiten und Konflikten.
Naheliegt die Frage nach den psychischen Vorgängen im Patienten. Die Frage Rohdes nach den strukturell fixierten Inhumanitäten im Krankenhaus soll erweitert werden; zur Frage, was das Krankenhaus dem Patienten zumutet,

kommt die:
wie wird der Patient damit fertig ? denn der Patient hat ja die wesentliche Verarbeitung des Paradoxes und der daraus resultierenden Spannungen in seiner Psyche zu leisten. Die stattgehabte unauffällige psychische Be- oder Verarbeitung der Probleme durch den einzelnen Patienten, also ein Schritt, der zwischen der Konfrontation (die man feststellen kann) und dem (wieder feststellbaren) Ergebnis liegt, dürfte die Ursache für den beschriebenen Kontrast zwischen erwarteten und tatsächlich sich sichtbar abspielenden Problemen der Patienten mit ihrer Rolle sein.

Siegrist [1] verweist darauf, daß soziale Rollen antizipatorisch gelernt werden; der Patient betritt das Krankenhaus nicht als unbeschriebenes Blatt, sondern bringt Vorerfahrungen und Erwartungen mit, die sein Verhalten und seine Selbst- und Rollendefinition im Krankenhaus wesentlich prägen. Die Werte, an denen er sich orientiert, sind hauptsächlich die gesellschaftlich gängigen Werte der Mittelschicht: Abhängigkeit erfordert Anpassung, Anpassung erfordert Verzicht, beides ist am einfachsten durch sich-Schicken in die Lage zu erreichen, wobei der einzelne auf die allgemeine Hochschätzung von Zähigkeit, Anpassung und Leistung rekurrieren und sie zum Maßstab seines Verhaltens machen kann.
"So könnte die hochwirksame Mischung aus antizipatorischer Anpassungsleistung, institutionellem Anpassungsdruck sowie Sanktionsangst verantwortlich sein für die erstaunliche "Gutmütigkeit der Patienten angesichts der geschilderten Zustände"". Weiterhin gibt Siegrist zu überlegen, daß der Patient sich in und mit seiner Krankheit vital in seiner Stabilität und Zukunft bedroht sieht

---

1. J. Siegrist: Doppelaspekte a.a.o. S. 43,44

und überlegt, ob das Krankenhaus mit seinen Zwängen und Zumutungen als Erlebnisfeld in den Hintergrund tritt, und diese dann nur gedämpft wahrgenommen werden beziehungsweise angesichts ernsterer Belastungen das Gewicht verlieren.
Es ist schon gesagt worden, daß sich die vorliegende Arbeit ebenfalls mit der Frage nach den Ursachen der erstaunlichen Belastungstoleranz der Krankenhauspatienten auseinandersetzen will. Später wird eine Hypothese eingehender ausgeführt werden, die eine zusätzliche Erklärungsmöglichkeit bringen könnte.
Bei der Frage nach den psychischen Vorgängen im Zusammenhang mit Krankheit und Hospitalisierung stößt man, besonders in älteren Arbeiten auf das schon kurz angesprochene Regressionstheorem.
Lederer [1] beschreibt eine Reihe psychischer Epiphänomene im Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung: dem ersten Symptombewußtsein folge Angst (betreffend deren Folgen), Scham- und Schuldgefühle (wegen der sozialen Devianz und der Abweichung von den allgemein anerkannten Normen); es folge eine verschieden lange Zeit, in der der Patient mit Abwehrmechanismen (entweder Aktivität und Verleugnung oder Passivität und Gleichgültigkeit) versuche, die Situation zu bewältigen. Die dann beginnende Phase von Diagnostik und Therapie sei ebenfalls von Angst und Unsicherheit über die Zukunft geprägt, schließlich folge die Phase der akzeptierten Krankheit, in der der Patient sich selber als krank anerkenne . Nun verenge sich seine Welt, werde einfacher und beschränkter, kindlicher. Es trete die krankheitsbedingte Regression als Konzentration aller Persönlichkeitsenergien auf das Selbst ein, damit der Kampf gegen die Krankheit am besten geführt werden könne.

---

1. Zit. n. J.J. Rohde: Soziologie des Krankenhauses

Ein beständiges Sich-Wehren gegen die Krankheit versteht der Autor als Abwehrmechanismus im Rahmen einer neurotischen Fehlhaltung; ein gerade erwünschtes Maß an Regression fördere, ein zu hohes oder zu niedriges hemme die Gesundung.
Dieses Konzept erinnert an das allgemeine Konzept über die Trauerarbeit, das von verschiedenen Autoren für die Bereiche Krankheit und Tod als besondere Formen von Verlusten expliziert worden ist. Insofern man unterstellt, daß jede Krankheit ein kleines Sterben darstellt, zumindest ein menento mori, ein wenigstens zeitweiliges Abschiednehmenmüssen von der Phantasie der unbeschränkten Verfügbarkeit über einen intakten Körper, ist sie mit Sicherheit stichhaltig.
In diesem Konzept ist aber ein Schlüsselwort in der Diskussion über die Rolle des Patienten erreicht worden. Es postuliert nämlich ein gesundes Sich-Abfinden und Auseinandersetzen mit Krankheit und endlich Gesundwerden sei mit einem gewissen Maß an Regression verbunden.
Regression als Begriff der Psychoanalyse beinhaltet das Zurückgreifen auf entwicklungsgeschichtliche frühere Formen der Triebbedürfnisse und -befriedigungen unter Aufgabe der erreichten Stufe eigentlich angemessenen. In einer durch einen gegebenen Triebkonflikt überfordernden Situation dient die Regression auf frühere, konfliktfreie Stufen als Abwehrmechanismus der Stabilisierung des Ich [1].

Die Verwendung dieses Begriffes im Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung und der Rolle des Krankenhauspatienten geht auf Parsons (1951) und Lederer (1952) zurück; Parsons belegt ihn aus den Merkmalen der Hilfsbedürftigkeit, technischer Inkompetenz und -gerichtet auf die Hospitalisierung- emotionaler Abhängigkeit, deren Folge über Angst, Leiden und zunehmende Frustration ein Abbau

---

1. Brenner: Grundzüge der Psychoanalyse S. 93

von Ich-Leistungen sei: Krankheitsverleugnung gepaart mit Anfälligkeit für irrationale Vorstellungen und Haltungen, Selbstmitleid und Selbstbezogenheit mit Bedürfnis nach emotionaler Zuwendung durch das Personal.
Lederer folgert aus seinem Ansatz über die notwendige Regression im Dienste der Gesundung ein Rückfallen auf kindliche Verhaltensweisen mit Interessenbegrenzung, Triebgehorsam, emotionaler Abhängigkeit und Hypochondrie und konkretisiert dies als Einengung der Aktivitäten auf Essen und Ausscheiden, bloß körperbezogener Wahrnehmung, eingeschränkte Urteilsfähigkeit und kindliche Abhängigkeit von Ärzten und Pflegepersonal.
Diese Thesen fanden in der Folge Eingang in verschiedene Bücher über Krankenhauspsychologie, Krankenpflege und, schlagwortartig, in die Medizinerausbildung. So beschreibt Schraml [1] die regressiven Bedürfnisse und Reaktionen der Patienten, in dem er das oben zusammengefaßte näher ausführt, erklärt und Verständnis dafür wecken will.
So sei zum Beispiel die häufig zu beobachtende Eifersucht der Patienten aufeinander zu werten als die Folge der situationsgemäßen Egozentrizität -"verständlich, aber unberechtigt". Er weist auf das eingeengte Bewußtsein bei Schärfung der Wahrnehmung und Neigung zu magischem Denken hin, faßt dies als normale Merkmale der eben insgesamt außergewöhnlichen Patientenrolle auf und gibt Ratschläge für einen sinnvollen Umgang mit diesen Verhaltensweisen im Krankenhausalltag, wie z.B. komplementäres Verhalten, Permissiveness and support, der im Krankenhaus arbeitende übernimmt quasi die zeitweilig geminderten oder ausgefallenen Ichfunktionen des Patienten bei verständnisvollem Eingehen auf die Situation.
Krankenpflegebücher [2] beziehen sich in den entsprechenden Abschnitten über Patientenpsychologie auf Schramls Buch

1. Schraml: Psychologie des Krankenhauses
2. Juchli: allgemeine und spezielle Krankenpflege

und geben auf dieser Grundlage Hinweise für die Beschäftigung mit den besonderen Bedürfnissen der Patienten. Über Intensivpatienten [1] wird berichtet, wie sehr sie zu infantil - gläubigem oder abhängig-klagendem Verhalten neigen. Bei Krahe-Schönig (Argument 6o) wird Regression als Flucht verstanden, weil Widerstand nicht möglich sei in diesen Herrschaftsverhältnissen; sie wird hier wohl unter kritischer und nicht bloß deskriptiv-affirmativer Sicht behandelt, die Tatsache selber wird aber nicht in Frage gestellt.
Es handelt sich aber immerhin um einen klar definierten Begriff einer medizinischen Disziplin. Zu fragen wäre zuerst aber zweierlei: ob das Gemeinte und von Parsons, Lederer etc. beschriebene tatsächlich im engen Sinne unter den psychoanalytischen Begriff der Regression fällt und zweitens, ob die beschriebenen Phänomene,und zwar unabhängig davon, wie man sie letzten Endes bezeichnen möchte, tatsächlich so ubiquitär vorkommen, daß man sie als konstitutiven Bestandteil der Patientenrolle fassen kann. Zum ersten läßt sich sagen, daß Regression als psychisches Phänomen gekennzeichnet ist, daß aber ein großer Teil der Patienten,vorwiegend was ihre leibliche Situation angeht, in an die frühere Kindheit erinnernde Verhältnisse gerät: Bettlägerigkeit, mangelnde Kontrolle über Ausscheidungen, Unvermögen, die Körperpflege selbst durchzuführen, Hilfsbedürftigkeit bei der Nahrungsaufnahme - all dies läßt ja nicht folgern, daß der Betroffene, was seine psychische Situation angeht, in frühkindliche Mechanismen zurückfiele. Die Notwendigkeit, Brei zu essen, macht einen Menschen ja nicht zum Säugling. Ganz im Gegenteil ringt er in einer solchen Situation, in Bedrängtheit und Beengtheit und einem Zustand dauernder Kränkung des Selbstgefühls umso mehr darum, in psy-

---

1. Lawin: Praxis der Intensivbehandlung

chisch-geistiger Hinsicht ein Mensch zu bleiben, von Aufgabe der adäquaten Triebbedürfnisse kann generell nicht die Rede sein. Vielmehr gelangt ihre möglichste Befriedigung in eine wichtige Position, um das psychische Gleichgewicht bei der sonst so brüchig gewordenen Selbsteinschätzung zu erhalten. J.J. Rohde [1] bemerkt ebenfalls, daß Parsons und Lederer den Begriff der Regression nicht im psychoanalytischen Sinne, sondern mehr bildhaft verwendet hätten, um den Charakter einiger zu beobachtender Vorgänge zu kennzeichnen, ohne über deren Ursache Aussagen machen zu wollen.
Auch das, was Engelhardt [2] als heilsame Regression bezeichnet und damit ein Anpassen an diagnostische und therapeutische Erfordernisse meint, gehört in diese deskriptive Verwendung des Begriffes.

Zur zweiten oben gestellten Frage nach der Häufigkeit und damit Verbindlichkeit der geschilderten Vorgänge für die Patientenrolle kann man sagen, und dies ist in mehreren Arbeiten bestätigt (wird sich auch in der vorliegenden finden), daß sie mit Sicherheit vorhanden sind und in Einzelfällen das Bild völlig dominieren, daß eine Mehrzahl von Patienten aber nahezu oder völlig frei von derartigem ist und ihre Verarbeitung der Situation auf anderen Wegen leistet.
Somit muß man dabei verbleiben, regressive Verhaltensweisen und Regressionsvorgänge im engen psychoanalytischen Sinne als im Einzelfall bei der individuellen Ausgestaltung des Krankseins oder der Krankheitsverarbeitung oder der Bedeutung der Krankheit im Leben eines Menschen zu beschreiben und sie als eine Möglichkeit psychischen Reagierens zu betrachten, ohne sie als Baustein einer allgemeinen Patientenrolle fordern zu können.

---

1. in Diskussion zu JJCB Brenner: Die Erlebniswelt des Patienten im Krankenhaus, S. 126

2. Engelhardt: der Patient in seiner Krankheit S.47

Bei der Diskussion um das Regressionstheorem handelt es sich ja nicht um einen bloßen theoretischen Konstrukt, sondern es hat direkte Folgen für den praktischen Umgang mit Patienten. Wenn man den Patienten unterstellt, sich auch psychisch auf infantilen Stufen zu befinden, wäre es richtig, mit ihm entsprechend, d.h. permissiv - stützend, verständnisvoll, nachsichtig und ohne den Versuch, ihn darin zu beeinflussen, umzugehen.
Die Aufgabe des im Krankenhaus arbeitenden wäre dann, einen Zustand möglichst im Sinne der allgemeinen medizinischen Erfordernisse zu verwalten und auszubalancieren, wobei der Patient weniger Handlungspartner als behandeltes Objekt ist, und die Situation unabänderlich. Läßt man dies nicht gelten, so führt dies zu Überlegungen über die mögliche Veränderung der Situation selber.
Die deskriptiv unter dem weitgefaßten Regressionsbegriff subsumierten Elemente der Situation des Patienten anders und zwar in einem weiterführenden Ansatz aufzufassen, bietet Siegrist [1] an, der Lederers Regressionstheorem in scharfer Weise kritisiert und es zusammenfassend als eine kognitive Distanzierungstechnik kennzeichnet, die "...den Arzt in die Lage versetzt, strukturelle Unsicherheiten in seinem Verhältnis zum Patienten zu ertragen und zu überwinden". Die Infantilität des Patienten scheine auferlegt durch die ärztliche Definition der Beziehung zu seinem Patienten und werde erst im zweiten Schritt, als self-fulfilling prophecy, zu einer sozialen Realität (sinngemäß Si, 1972). Der Artefakt erhält somit Eigenständigkeit.
Siegrist geht vom existentiellen Konflikt des Patienten aus und kommt zur Bezeichnung des Patienten als einer kognitiv desorganisierten Person. Er führt aus, daß Pa-

---

1. J. Siegrist: Erfahrungsstruktur und Konflikt ...

tienten in höherem Maße spontan die Selbstkontrolle verlieren, ihrer reduzierten Umwelt erhöhte Sensibilität entgegenbringen, ein starkes Bedürfnis nach relevanter Information besitzen und daß ihre Wahrnehmung stark egozentrisch geprägt sei, was sich neben dem Leiblichen gerade auf alle Zuwendungen seitens des ärztlichen und pflegerischen Personals beziehe und sich in deren inhaltlicher und quantitativer Überschätzung äußere. Besonders hinsichtlich des dritten (Informationsbedürfnis) überschreiten diese Gesichtspunkte die im Rahmen des Regressionstheorems definierte Patientenrolle.

Als alltägliches Paradigma für die Arzt-Patient-Beziehung dient hier nicht die zwischen Eltern und Kind, sondern die zwischen einem Fachmann und einem Laien. Insgesamt wird das Bild eines durch seine und in seiner Situation empfindlichen, bedrängten und tief verunsicherten Menschen gezeichnet, der in seinem Befinden erheblich von der Fähigkeit der Institution und ihrer Angehörigen, darauf adäquat einzugehen, abhängig ist, wobei die in der Situation sehr unterschiedlichen Zugänge und Interpretationen zusammen mit der auf Patientenseite sehr restringierten Lage die Gefahr von Inkongruenzen, Fehldeutungen und resignativem Rückzug auf Seite des Patienten beinhalte, der dann einem Regressionsvorgang im vorher beschriebenen Sinne erst den Weg bahnen würde, indem alle reiferen Wege der Situationsbewältigung versperrt wären.

Dieser Ansatz schreibt der Patientenrolle nicht qualitativ prinzipiell andersgeartete Reaktionsweisen zu, die z.T. unverständlich, unberechtigt oder schwer einfühlbar seien. Vielmehr schildert er sie gerade als nachvollziehbare Komponenten einer extremen Situation, und bezeichnet gleichzeitig Wege des adäquaten Umgehens, nicht bloß des Erfüllens passiver Bedürfnisse, sondern des Eingehens auf die besonderen aktiven und geistigen Bedürfnisse der

Patienten, wie auf das nach relevanter Kommunikation und Information; hierauf wird a.a.o. ausführlich eingegangen werden.

3.2 Empirische Untersuchungen

In einer empirischen Untersuchung kann man an das sehr allgemeine Thema: Patient und Krankenhaus auf sehr unterschiedlichen Wegen herangehen. Einige Autoren wollen dargelegte Denkmodelle kasuistisch belegen und anschaulich machen. Andere wenden allgemein gebräuchliche Fragebogen aus dem Instrumentarium des klinischen Psychologen auf stationäre Patienten an oder versuchen, für die spezielle Situation des Krankenhauses eigene Bogen als Meßinstrumente zu entwickeln.
Zahlreiche Untersucher gehen in die Situation hinein und wollen ein breites Bild über mehr oder weniger viele Aspekte des Krankenhauses erhalten, um ein Gesamtbild der ablaufenden Vorgänge nachzeichnen zu können. Dann wird einzelnen Momenten des Krankenhauses in gezielten Studien nachgegangen oder bestimmten Problembereichen einzelner medizinischer Disziplinen.
Insgesamt existiert eine große Fülle von Arbeiten, die sich mit verschiedenem Instrumentarium, mehr in die Breite oder in die Tiefe gehend, mehr allgemein, oder auf einzelne Aspekte ausgerichtet, als Längsschnitt oder Querschnittsuntersuchung mit den verschiedenen thematischen Aspekten des Problemkreises befassen. Eine auch nur annähernd vollständige Übersicht geben zu wollen, würde an dieser Stelle viel zu weit führen. Im folgenden werden lediglich einige Arbeiten herausgegriffen, die bei der Konzeption und thematischen Eingrenzung der vorliegenden Arbeit von besonderer Wichtigkeit gewesen sind.

In einer sehr umfangreich angelegten Studie versuchten De Wolfe, Barrell und Cummings (1966), bei chronisch kranken Langzeitpatienten, Determinanten für die Zufriedenheit im Krankenhaus herauszufinden. Sie stießen auf drei voneinander unabhängige Faktoren: Höheres Alter, Bevorzugung eines autoritären Umgangsstiles und geringe Angstbereitschaft (trait-anxiety), z.B. der momentane oder prognostische Gesundheitszustand oder die Schichtzugehörigkeit waren ohne Einfluß auf die Zufriedenheit der Patienten.
Sehr viele Arbeiten, auch im deutschen Sprachraum, beschäftigen sich mit der Wichtigkeit bzw. Vernachlässigung der psychischen und sozialen Bedürfnisse der Patienten im Krankenhaus. Die umfangreichste ist das Buch "Kranke im Krankenhaus" von Engelhardt/ Wirth/ Kindermann. An internistischen Durchschnittspatienten werden verschiedene Aspekte von Krankheit und Krankenhaus breit angelegt untersucht: persönliche und soziale Vorgeschichte des Patienten, Reaktion auf die Hospitalisation, Information, Krankheitsverständnis, Einstellung zu Krankheit und deren Folgen, auch betreffend der Beziehungen zu den Familienangehörigen, die Rolle des Pflegepersonals und der Ärzte, ihre Wertschätzung der und Wissen über die genannten Gesichtspunkte, schließlich Arztbriefe als deren offizieller Ausdruck. Die vielgestaltigen Wechselwirkungen und Beziehungen, die in diesem Buch dargestellt und diskutiert werden, können hier nicht als Ganzes nachgezeichnet werden. Bei der Beschreibung der empirischen Ergebnisse werden hingegen Verbindungen gezogen werden. Wenn man, das genannte Buch in der Hand, selbst eine breit angelegte Untersuchung zur Situation des Patienten im Krankenhaus plant, ist es nötig, zu überlegen, ob man eine weitere empirische Arbeit bloß hinzufügt, oder ob man mit teilweise anderen Methoden oder thematischen Schwerpunkten sich weiteres heraus-

zufinden erhofft. Engelhardt und seine Mitarbeiter wendeten ausschließlich Interviews und direkte teilnehmende Beobachtung an, schriftliches Material kam nicht zum Einsatz. Bezogen auf den einzelnen Patienten handelte es sich um eine Längsschnittuntersuchung mit drei Interviewterminen. Thematisch liegt der Schwerpunkt auf der Kommunikation zwischen Arzt und Patient und der Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Erkrankung so wie der Bedeutung des sozialen Umfeldes des Patienten und den Auswirkungen der Erkrankung darauf. Mit der Patientenrolle, der Rolle des Pflegepersonals und der Kommunikation zwischen Patienten und Pflegepersonal,den Vorstellungen des Patienten zum Krankenhaus beschäftigen sie sich weniger eingehend. Es liegt ihnen besonders daran, zunächst deskriptiv nachzuzeichnen, was der Patient erlebt, was mit ihm geschieht und welche Auswirkungen dies alles auf ihn und seine Existenz hat. In dieser Arbeit steht hingegen, ausgehend ebenfalls von der Deskription, versucht werden, der Frage näherzukommen, wie der Patient damit umgehen und fertig werden kann. Weiter bietet die Verwendung von Fragebögen eine zusätzliche Möglichkeit der Datenerhebung. Sie bieten auch die Möglichkeit einer umfassenderen statistischen Datenanalyse, und, weit mehr als Interviews die Möglichkeit, Kommunikation anhand eines Selbstbild-Fremdbild-Vergleichens zu studieren. Wieweit ein elaboriertes und differenziertes Erhebungs- und Auswertungsinstrumentarium tatsächlich in der Lage ist, dem untersuchten Gegenstand wesentlich näher zu kommen, bleibt abzuwarten, es ist, wie das Buch von Engelhardt u.a. -wie auch andere Arbeiten- zeigen, jedenfalls nicht Voraussetzung.

Weitere empirische Untersuchungen konzentrieren sich auf einzelne Aspekte des Krankenhauses und der Arzt-Patient-Beziehung. Vielfach wird belegt, daß für die Bildung

einer Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt neben dessen verläßlicher fachlicher Kompetenz die krankheitsbezogene Information, die der Arzt dem Patienten mitteilt, von zentraler Bedeutung ist. Auch bei schweren oder nicht heilbaren Erkrankungen wünschen die Patienten ausführliche und verständliche Information über Diagnose, Behandlung und Prognose. Zu diesem sehr starken Bedürfnis, dessen Erfüllung den Patienten ja erst in die Lage versetzt, dem Arzt als Partner in der Behandlung gegenüberzutreten, kontrastiert scharf seine oft sehr unzureichende Erfüllung, indem Information spärlich, unverständlich oder gar nicht gegeben wird.
Daß Schlagworte nicht genügen, sondern daß der Patient über seine Krankheit und den Ablauf einzelner Maßnahmen, deren Begründung, Wirkungsweise und Risiken, ebenso über Medikamente genau Bescheid wissen will, schildert u.a. Engelhardt in dem schon zitierten Buch und führt aus, daß solches Wissen eine wirksame Entängstigung des Patienten darstellt, der sich seiner Krankheit nicht bloß ausgeliefert fühlen muß. Habeck, Engel und Münstermann (1977) berichten über die Einstellung Gesunder hierzu: nur 26% sehen sich durch die ärztlichen Auskünfte fast immer zufriedengestellt, 32,5% häufiger nicht. Ihre Zahlen über das Interesse der Befragten an Ursache (77%), Heilungsaussichten (66,4%), Medikamentenwirkung (44,5%) und Diagnose (37,7%) sowie 49,5% für Befürwortung der Aufklärung auch bei unheilbaren Erkrankungen wirken neben anderen Ergebnissen, z.B. denen von Raspe, eher niedrig. Die Autoren selber verweisen auch auf Ergebnisse von Demling, der in einer Untersuchung bei stationären Patienten erheblich höhere Zahlen findet. Volle Aufklärung bei unheilbaren Erkrankungen wollen 62%, eingeschränkte 34,8%, keine 3% gegen 52,1%/ 25,7%/ 22,2% in der Fragebogenbefragung Gesunder. Gesunde sind ja momentan der Spannung und Unsicherheit, die durch unvollstän-

dige Information entsteht, nicht ausgesetzt und neigen offenbar mehr dazu, die Problematik lebensbedrohlicher Erkrankung pauschal zu verdrängen. Dieser Befund macht die häufig angeführte Einstellung, ein als Gesunder an radikaler Aufklärung Interessierter wolle in der Situation dann doch lieber nichts wissen, vollends fragwürdig.

Dubach und v. Rechenberg (1977) untersuchten bei ambulanten Patienten, wieweit vom Arzt vermeintlich gegebene Information vom Patienten aufgenommen, richtig verarbeitet und verstanden werde. Sie fanden, daß in über der Hälfte der Patienten, bei denen die Ärzte nach ihren Erklärungen ein ausreichendes Krankheitsverständnis angenommen hatten, dies nicht zutreffend war, wobei sich die Wahrscheinlichkeit, daß medizinische Information richtig verarbeitet wurde, bei Patienten mit medizinischer Vorbildung, jüngeren Patienten, Männern und Patienten mit höherer Schulbildung als größer erwies. Die Autoren folgern, daß die Ärzte den Erfolg ihrer Informationsbemühungen eher an den eigenen Maßstäben als denen der Patienten messen und sich, besonders bei dem allgemein geringen voraussetzbaren Vorwissen der Patienten rückversichern müssen, ob die Information wirklich in der beabsichtigten Weise an den Adressaten gelangt ist.
Francis, Korsch und Morris (1969) schlagen Verbindungen zwischen der Zufriedenheit des Patienten in der Kommunikation mit seinem Arzt, die sich in der Bereitschaft der (ambulanten) Patienten niederschlägt, den ärztlichen Anordnungen nachzukommen. Die unzufriedenen (d.h.uninformierten und mißtrauischen Patienten) zeigten eine höhere Tendenz, besonders bei etwas kompliziertere Anordnungen, nicht Folge zu leisten.
Ähnliches berichtet Schickle [1], der den Versorgungsprozeß

---

1. Schickle: Sozialpharmakologie S. 41 ff

mit Medikamenten untersucht und auf direkte Zusammenhänge zwischen Informiertheit und Zufriedenheit der Patienten und korrekter Medikamenteneinnahme hinweist. Verschärft stellt sich die Situation für den stationären Patienten dar, der viel geringere Möglichkeiten hat, sich aus anderen Quellen Information zu beschaffen und sich dem Zugriff der medizinischen Institution kaum entziehen kann, beides Folgen aus vorn beschriebenen Merkmalen der Situation des Krankenhauspatienten: Kontaktbeschränkung, dauernde Verfügbarkeit und mangelnder Zugriff zu Ressourcen. Insofern gerät ein stationärer Patient, dem von der eigentlich damit betrauten Seite die Information absichtlich oder fahrlässig verweigert wird, noch weit mehr unter Druck.
Die wichtigsten Untersuchungen zu Information und faktischer Informiertheit bei stationären Patienten kommen von Raspe [1] und Siegrist.
Dem allgemein sehr hohen Informationsbedürfnis (91% für umfassende Aufklärung über Diagnose, Therapie und Prognose) steht die weit geringere tatsächliche Informiertheit gegenüber. Noch nicht jeder zweite (46,4%) Patient wußte gut, ca. jeder dritte (32,2%) mäßig und jeder fünfte (21,4%) schlecht über den diagnostischen Aspekt seiner Krankheit Bescheid, über die Therapie wußten 37,4% gut, 49,8% mäßig und 12,8% schlecht Bescheid.
Besonders gering war das diagnostische Wissen bei den schwer und/oder prognostisch infaust erkrankten Patienten. Ältere Patienten wußten über die Diagnose schlechter Bescheid. Von den befragten Ärzten gaben 2/3 an, über die Diagnose, 8/9 über die Prognose eher mit Einschränkung als vollständig informieren zu wollen, so daß das quantitativ und qualitativ niedrige Informationsniveau

---

1. H.J. Raspe: Informationsbedürfnis ... S. 56

seine Entsprechung in der eher zurückhaltenden Strategie vieler Ärzte findet.
Die Ausformungen dieser ärztlichen Informationsstrategie in der Kommunikation mit den Patienten hat Siegrist [1] untersucht. In dem Buch "Arbeit und Interaktion im Krankenhaus" beschäftigt er sich u.a. mit dem Kommunikationsstil während der Arztvisite. Die Visite hat eigentlich eine gegenseitige Informationsfunktion. Der Arzt erfährt etwas über den laufenden Zustand des Patienten, um nötige Maßnahmen danach festzulegen. Hier ist der Patient als Träger der zu behandelnden Krankheit angesprochen, die Ärzte räumen diesem Aspekt in der Regel Vorrang vor allen anderen ein und beschäftigen sich vorwiegend damit[2].

Nachgeordnet sind administrative Aufgaben, am Ende folgt die patientenzentrierte Aufgabe der Visite, das Erläutern von Befunden und geplanten Maßnahmen der Krankheit und der Therapie - das heißt, der Information im oben gefaßten Sinn. Für den Patienten hingegen hat die Visite den Charakter der zentralen Informationsveranstaltung und -möglichkeit, in der der Arzt sich wenigstens räumlich auf ihn zu bewegt und er nicht alle Schwellen, die er sonst bei der Einleitung eines Gespräches mit dem Arzt zu überwinden hat, bewältigen muß. Die Ärzte unternehmen recht erfolgreich, diese Schwellen auf der Visite durch andere zu ersetzen, und dem Patienten, manchmal unabsichtlich, die spontane Kontaktaufnahme wieder zu erschweren, wie Siegrist anschaulich in seinen Visitenprotokollen zeigt. Seine hieraus entwickelte Theorie der asymmetrischen Verbalhandlungen erklärt diesen Vorgang: Auf dem Hintergrund einer sehr ungleichen Beziehung (Wissensverteilung, Organisatorische Rollen, Handlungsinitiative, emotionale Verwicklung) ist der stärkere

---

1. J. Siegrist: Arbeit und Interaktion ...S.1o6 ff.
2. J. Siegrist: Doppelaspekt ... S. 65

Partner weit eher in der Lage, die Belastung durch eine für ihn spannungsreiche Situation zu vermindern, indem er die Situation nach seinen Bedürfnissen umstrukturiert, oder ausweicht, wenn der Schwächere versucht, die Situation von sich aus, z.B. durch die Bitte um Information zu konstellieren. Siegrist faßt als symmetrische Verbalhandlungen solche, in denen der Angesprochene, vereinfacht gesagt, dem Wunsch des Sprechers soweit es in seinem Wissen und seinen Möglichkeiten steht, nachkommt, also eine grundsätzliche Aufrichtigkeit und Gegenseitigkeit kennzeichnet die Beziehung, auch, wo es um Irrtümer und Unsicherheiten geht. In den asymmetrischen Verbalhandlungen fehlt diese Gegenseitigkeit, der Adressat nimmt den Wunsch des Sprechers wohl korrekt wahr, kommt ihm aber, um sich selber möglichst wenig Spannungen zuzumuten, nicht nach, und handhabt die Situation so nach seinen eigenen Bedürfnissen.

Siegrist hat vier Typen solcher asymmetrischer Verbalhandlungen herausgearbeitet:

1. Nichtbeachten: der Arzt "überhört" den Patienten
2. Adressaten- oder Themenwechsel: der Arzt redet mit der Schwester oder über etwas anderes
3. Beziehungskommentar: der Arzt nimmt Stellung zu Anlaß oder Bedeutung der Frage statt zu ihrem Inhalt
4. Mitteilung funktionaler Unsicherheit: der Arzt gibt, unzutreffenderweise, an, nicht Bescheid zu wissen.

Erwartungsgemäß und entsprechend den Ergebnissen Raspes über die Informiertheit der Patienten greifen Ärzte bei schwer oder prognostisch ungünstig erkrankten Patienten gehäuft zu asymmetrischen Verbalhandlungen, besonders was Fragen von Diagnose und Prognose angeht. 64% der beobachteten Verbalhandlungen bei Visiten waren asymmetrisch unter Bevorzugung der zweiten (33%) und der vierten (51%) Variante. Die Reaktionsweisen waren zu Leicht-

kranken in 36%, zu Schwerkranken in 92% asymmetrisch. Die recht unterschiedliche Verteilung asymmetrischer Verbalhandlungen an zwei verschiedenen Krankenhäusern weist auf die grundsätzliche Lern- und Kontrollierbarkeit ärztlichen Verhaltens auch in dieser Beziehung hin.

Im selben Buch befaßt sich Siegrist mit den Auswirkungen der Arbeitsorganisation und der sie bedingten Faktoren auf Art und Möglichkeit sozialer Beziehungen im Krankenhaus [1]. Es wird sehr eingehend geschildert und statistisch und kasuistisch belegt, wie der betriebsökonomische Aspekt, d.h. finanzielle und personelle Ressourcen des einzelnen Krankenhauses in Beziehung tritt mit dem arbeitssoziologischen der Arbeitsabwicklung auf den Stationen und deren Auswirkungen auf den Patienten. Der Autor formuliert als zentrale Hypothese, daß (S.23) "die betriebsökonomisch faßbaren Tatbestände determinierend auf die Formen der Arbeitsgestaltung und damit mittelbar auch auf Qualität und Quantität des Kontaktes zu den Patienten einwirken: Je größer die Ressourcenknappheit und ihre Folgezustände sind, desto schwieriger gestalten sich Organisation und Durchführung der Arbeit, desto mehr werden Quantität und Qualität des Kontaktes zwischen Patienten und Personal gemindert". Der Begriff der asymmetrischen Verbalhandlungen wird unter den Oberbegriff der Reduktionsstrategien gestellt, mit dem ganz allgemein die im Krankenhaus Arbeitenden versuchen, die aus ihrer klinischen Tätigkeit resultierenden Belastungen zu verringern. Dies geschieht umso häufiger, je mehr schlechte äußerlich-technische Bedingungen eine eigene Belastung darstellen und Reserven, besonders bei an sich zu symmetrischen Kontakten bereiten und fähigen Ärzten, Pflegern oder Schwestern verzehren. Ebenso kommen sie verstärkt

---

1. J. Siegrist: Arbeit und Interaktion ...S. 61 ff.

zur Anwendung, wenn eine Tätigkeit den Einzelnen relativ überfordert, technisch komplex ist, Kooperation zwischen Professionellen erfordert, außerdem gegenüber Patienten mit niedrigem sozialen Status. Gezeigt wird auch, daß das Krankenhaus neben vielen für die Patienten belastenden und traumatisierenden Elementen auch solche für die darin Arbeitenden enthält. Eine Humanisierung des Krankenhauses muß aber beide Seiten im Auge haben, um den Vermittlern und Trägern einer verstärkt patientenzentrierten Medizin überhaupt die Möglichkeit zu geben, diesen Zielen näherzukommen.
Auf weitere wichtige Gedanken aus Siegrists Buch wird an anderer Stelle eingegangen werden.

Abschließend soll auf eine Arbeit hingewiesen werden, die sich mit einem einzelnen, relativ unbeachteten Aspekt des Lebens im Krankenhaus auseinandersetzt. Außerdem erbringt sie den unmittelbaren Nachweis, wie Veränderungen im Sinne einer patientenorientierten Pflege unmittelbar positive Auswirkungen haben, und geht insofern über die beschreibenden, analysierenden und theorienbildenden Arbeiten hinaus.
Was an diesem einen Beispiel als möglich nachgewiesen wird, läßt sich zwanglos auf die verschiedenen Aspekte des Krankenhauses übertragen.
In einem Kapitel von Schweidtmanns Buch über "Psychosoziale Probleme im Krankenhaus" beschäftigen sich Geist, Urban und Köhle mit der Nachtwache und den in mancher Hinsicht zum Tagdienst ganz verschiedenen Gegebenheiten. Sie beschreiben, daß die Rollenunsicherheit des Patienten nachts größer ist, wo Pflichten und Verrichtungen des Personals viel weniger geregelt sind und den Patienten nicht, wie tagsüber, automatisch involvieren. Der Patient muß sich selber um die Erfüllung seiner Bedürfnisse kümmern und das gegenüber häufig wechselndem und stations-

fremdem Personal. Notwendigkeit größerer Eigeninitiative, Verunsicherung über billigerweise zu stellende Ansprüche und über Kompetenz und Bereitwilligkeit des Personals labilisieren den Patienten und wecken gleichzeitig dessen Bedürfnis, sich über diese Fragen rückzuversichern. Zudem ist der Patient nachts mit sich alleingelassen und die Zeit dehnt sich unstrukturiert vor ihm aus, das Bedürfnis nach menschlichem Kontakt wächst noch.
Die Autoren werteten die Anlässe der Patienten, den Nachtdienst durch Klingeln herbeizurufen aus, und fanden, daß pflegerische Bedürfnisse zwar meistens im Vordergrund standen, daß aber offensichtlich häufig als tieferer Grund hinter den geäußerten Bedürfnissen oder diffusen und wechselnden Beschwerden psychisches Mißbefinden oder Kontaktbedürfnis standen. Weiter ergab sich, daß, wenn eine Person schon eine Reihe von Nächten gewacht hatte und den Patienten vertrauter geworden war, die Zahl der Klingelrufe zurückging, besonders durch die Verringerung der Rufe nach 22 Uhr, die vorher als überwiegend psychisch bedingt eingestuft worden waren, während zu Beginn und Ende der Nacht die tatsächlich pflegerischen Bedürfnisse überwogen.
Die Autoren benutzten ihre Befunde zu einem Experiment: Ausgehend vom Nutzen einer Versicherung der Patienten über die Zuverlässigkeit der Nachtwache (sobald sie einige Nächte anwesend gewesen war), führten sie diese gezielt und aktiv durch. Auf eine sorgfältige Übergabebesprechung mit der Spätschicht folgte eine ausführliche Pflegevisite durch die Nachtwache. So konnten Sorgen der Patienten unaufgefordert beruhigt werden, die Nachtwache zeigte sich als informiert und kompetent, freundlich und besorgt um die Patienten. Die Zahl der Rufe in der Nacht erwies sich als abhängig von der Dauer dieser Pflegevisite; gerade die psychischen Bedürfnisse der Patienten, die einen guten Teil der Rufe bedingt hatten, waren unaufgefordert

erfüllt worden.
Über die Bedeutung der Nachtwache hinaus läßt sich mit dem genannten Experiment die Nützlichkeit und der Erfolg gezielter Entängstigungsstrategien belegen und verallgemeinern. So ist ihre Anwendung prinzipiell in jeder angstbelasteten Situation vorstellbar, z.B. vor diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen, Operationen, aber auch beim Eintritt des Patienten ins Krankenhaus, sowie bei den vielen kleinen individuell verschiedenen Angstanlässen. Der unaufgeforderte Nachweis, daß man informiert, kompetent und bereit sei, auf die Bedürfnisse des Patienten verständnisvoll und ehrlich einzugehen, beugt Panikreaktionen vor, deren Bewältigung hinterher mit sehr viel mehr Mühe und Schwierigkeiten verbunden wäre.

4. Die eigene Untersuchung

4.1 Zielsetzung und Hypothesen

Die Untersuchung war als Feldstudie breit angelegt und offen konzipiert. In möglichst umfassender, lediglich locker in der vorn beschriebenen eingegrenzten Weise sollte an Patienten allgemein-internistischer Stationen Material gesammelt werden, das zur Beantwortung der eingangs gestellten Fragen würde beitragen können.

- Welche Bedeutung haben die einzelnen Aspekte des Krankenhauslebens für den einzelnen Patienten in seiner individuellen Situation ?
- Wie, d.h. mit welchen Mitteln und auf welchen Wegen wird der Patient mit seiner Gesamtsituation fertig ? Welche psychischen Mechanismen werden dabei wirksam ?
- Wie beeinflußt die Gesamtsituation des Patienten seine Möglichkeiten, im Krankenhaus zurechtzukommen, lassen sich bestimmte problemträchtige Konstellationen kennzeichnen ?
  Sind soziologische Variablen wie Alter, Geschlecht und Schicht, oder die Art der Erkrankung hier von Bedeutung ?
- Welche Vorstellungen haben Angehörige des Pflegepersonals von der Situation und Situationsbewältigung des einzelnen Patienten ?
- Ergeben sich hieraus Rückschlüsse über die Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Patienten ?
- Kann man hieraus schließlich zu Konzeptionen kommen, die bestimmte Probleme im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes eines Patienten oder besonderer gefährdeter Patientengruppen oder bestimmter Kommunikationsprobleme zwischen Pflegepersonal und Patienten besser handzuhaben versprechen ?
- Lassen sich Ansätze zu einer neuen Konzipierung der Rolle des Patienten und der Arbeit im Krankenhaus finden ?

In der vorherigen Beschäftigung mit diesen Fragen und während der der eigentlichen Untersuchung vorhergehenden Vorstudie entwickelten sich Hypothesen, die im weiteren Verlauf der Arbeit statistisch oder wenigstens inhaltlich überprüft werden sollten.

- Es wurde erwartet, daß die Probleme der Patienten im Zusammenhang mit der Hospitalisation in verschiedenen Krankenhäusern sich weitgehend ähnlich sein, und somit weit mehr von der allgemeinen Situation als Patient im Krankenhaus als von der speziellen Situation eines einzelnen Hauses oder einer einzelnen Station beeinflußt seien.
- Es wurde erwartet, daß Art und Gestaltung der Probleme z.T. abhängig seien von Variablen wie Alter, Geschlecht, Schicht oder der Art der Erkrankung und der psychischen Lage des einzelnen Patienten.
- Es sollte auf Material geachtet werden, daß eine Stellungnahme in der Diskussion um das Regressionstheorem und damit zur Patientenrolle ermöglichen würde.
- Es entstand der Eindruck, daß die verschiedenen Bedürfnisse, die ein Patient im Verlauf seiner Krankheit und seines Krankenhausaufenthaltes spürt, in einer Art Rangfolge gestaffelt seien und daß weitreichende Toleranz gegenüber der Frustration einzelner nachgeordneter Bedürfnisse durch die Befriedigung übergeordneter erreicht werde und damit ein erster Ansatz zur Erklärung der erstaunlichen Belastungstoleranz der Krankenhauspatienten gefunden sein könnte.
- Die Patienten schienen schon vor dem oder beim Eintritt ins Krankenhaus zu einer grundsätzlichen Einstellung zum Krankenhaus und den damit zusammenhängenden Belastungen und ihrer persönlichen Rollendefinition darin gefunden zu haben, die bei der individuellen Situationsbewältigung eine ganz erhebliche Rolle einzunehmen schien.

Im Anschluß an die Darlegung des Vorgehens bei der Untersuchung und deren Ergebnisse wird in der Diskussion auf diese Hypothesen zurückgegriffen werden.

4.2 Aufbau und Vorgehensweise der Untersuchung

Die Untersuchung fand während jeweils 3 Monaten im Frühjahr 1978 auf den internistischen Stationen eines mittelgroßen Stadtkrankenhauses und einer internen Station einer größeren modernen Klinik statt.

Bei der Auswahl der Stationen war, neben der Zugehörigkeit zur internistischen Abteilung, wesentlich der Gedanke, daß die Untersuchung sich ganz an der Basis der Krankenhauspraxis abspielen und sich unauffällig in sie einfügen sollte, um möglichst wenige den Ablauf störende Reaktionen und die Ergebnis verfälschende von Fremdheit und Argwohn hervorzurufen. Dies war umso mehr notwendig, als das Konzept auf Seiten des Pflegepersonals nicht nur Duldung erwartete, sondern auch aktive Mitarbeit, besonders beim Ausfüllen von Fragebögen. Eine längere Bekanntschaft und eine gewisse Vertrautheit aus vorausgegangenen gemeinsamen Arbeitssituationen konnte das Bewältigen dieser Probleme erleichtern und die durch das Ungewohnte der ablaufenden Untersuchung und die dadurch unwillkürlich aufgeworfenen Fragen und verstärkten Diskussionen auftretenden Spannungen auf ein tragbares und nicht destruktives Maß reduzieren.
An beiden Häusern war das Projekt zunächst mit den leitenden Ärzten, und nach der Genehmigung mit den Stationsärzten und möglichst allen Angehörigen des Pflege- und Stationspersonals in vielen Einzelgesprächen vorgestellt und z.T. heftig und oft gewinnbringend diskutiert worden. Möglichst jede und jeder damit in Berührung Kommende soll-

te eine Vorstellung von Ablauf und Zielen haben oder sich zumindest über die aktuelle Ungefährlichkeit des Projektes beruhigt sehen.
Zu den schließlich akzeptierten Verfahrensregeln gehörte, daß der Ablauf der Untersuchung den der Station möglichst nicht beeinträchtigen sollte, was vor allem hieß, in der zeitlichen Planung flexibel zu sein und schwerpunktmäßig während Zeiten relativer Ruhe auf der Station oder beim einzelnen Patienten zu arbeiten. Freier Zugang zu Krankenblättern und -geschichten sowie gelegentliche Teilnahme an den Visiten ermöglichte die Orientierung über die augenblicklich anwesenden Patienten, deren Zustand und voraussichtliche weitere Gestaltung ihres Krankenhausaufenthaltes. Auch hatten sich auf jeder Station einige Angehörige des Pflegepersonals bereit erklärt, die Beurteilungsbögen über die Patienten auszufüllen. Schließlich war vereinbart worden, daß gegenüber beiden Seiten - Patienten und Pflegepersonal- Diskretion unbedingt gewährt und anvertraute Information in keinem Falle weitergeleitet werde.

Einbezogen wurden alle Patienten, die im betreffenden Zeitraum auf eine der drei Stationen zur Behandlung gekommen waren. Es handelt sich dabei um ein durchschnittliches Patientengut in einer inneren Klinik, teils aus städtischen, teils aus ländlichem Einzugsgebiet, hauptsächlich mit den gängigen akuten und chronischen Beschwerden. Neben somatisch unkomplizierten Verläufen (etwa das Ausheilen einer Pneumonie oder ein einzelner endoskopischer Eingriff) ergaben sich für einen Teil der Patienten ganz erhebliche Belastungen durch diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen. In die Auswertung wurden Aspekte der unterschiedlichen somatischen Krankheitsgeschichte einbezogen, auch wurde versucht, Bedeutung der und Umgehen mit der Krankheit für den einzelnen

Patienten in Fragebögen und Interviews zu erfassen.
Das Kollektiv Patienten, das endlich an der Untersuchung teilnahm, weicht in zweierlei Hinsicht vom ursprünglichen Kollektiv auf den Stationen ab: Zur Aufnahme kamen relativ mehr Frauen und, wieder unter Überwiegen der Frauen, relativ mehr alte Patienten. Von der Untersuchung weiter ausgenommen waren neben Patienten, die die Teilnahme ablehnten, solche, die der deutschen Sprache nicht hinreichend mächtig waren und Patienten in schlechtem Allgemeinzustand, während Patienten, die sich von schwerer Krankheit gut erholt oder bei letztlich infauster Prognose des Grundleidens in befriedigendem Zustand befanden, einbezogen wurden. Aus der Erfahrung, daß der physisch-psychische Gesamtzustand nur locker mit dem kalendarischen Alter korreliert, und dem, daß alte Patienten offensichtlich im Krankenhaus eine Untergruppe mit spezifischer Problematik darstellen, wurde keine obere Altersgrenze angewendet, sondern eine Modifikation des Vorgehens entwickelt, die auch Patienten, die aus Altersgründen nicht ohne weiteres mit dem vorgelegten schriftlichen Material zurechtkommen konnten, erlaubte.

Dauernde Anwesenheit auf den Stationen garantierte eine engmaschige Erfassung der Patienten.
Insgesamt kann das Kollektiv als repräsentativ für ein durchschnittliches internistisches Patientengut gelten, in dem weder durch Auswahl nach Diagnosegruppen noch nach sozio-kulturellen Variablen primär Schwerpunkte in irgendwelche Richtungen gesetzt worden waren. Gerade deswegen handelt es sich um ein sehr heterogenes Kollektiv, dessen Zusammensetzung nur hinsichtlich Alter und Geschlecht ausgewogen ist, aber nicht hinsichtlich Schicht oder Krankheitsdaten, was sich z.T. in breiten Streuungen und sehr ungleichen Stärken von Untergruppen niederschlug.

Der Teil der Untersuchung mit den Patienten des größeren Krankenhauses nimmt im Rahmen der Gesamtuntersuchung die Stelle einer orientierenden Kontrolle ein, die belegen soll, daß prinzipiell dieselben Probleme für die Patienten und in der Interaktion im Krankenhaus im Vordergrund stehen, und stützt die Möglichkeit der weiteren Verallgemeinerung der Ergebnisse. Der augenfälligste Unterschied der beiden Häuser betrifft deren äußere Ausstattung. Die moderne Klinik ist ein vor wenigen Jahren fertiggestelltes Schwerpunktkrankenhaus der Maximalversorgung, das mit über 800 Betten, davon rund 200 internistischen und vielen Funktionsabteilungen und fachärztlichen Diensten optimale äußere Voraussetzungen bietet. Entsprechend ist der Arbeitskomfort für das Personal -relativ kleine Stationen mit Funktionsräumen, Reinigungsdienste, Bettenzentrale etc. - hoch, was an personellen Unterbesetzungen und Engpässen wenig ändert. Gleiches gilt für den Wohnkomfort der Patienten, die in 2-3 Bettenzimmern mit Sanitäreinheit, Telefon, Fernsehen und Radio untergebracht sind. Im Stadtkrankenhaus ist der Komfort in jeder Hinsicht gering: zu wenige, enge sanitäre Anlagen, kaum Funktionsräume, z.T. ungenügendes Mobiliar, 1-5 Bettzimmer, fachärztliche Konsiliardienste befinden sich meistens außerhalb.
Ein Neubau ist im Gange.
Umso interessanter ist die später genauer auszuführende Haltung der Patienten zum Komfort, sowohl wo er gegeben ist, als auch, wo er fehlt.

4.3 Methoden der Materialerhebung

Die Materialerhebung erfolgte mit Fragebogen, halbstrukturierten Interviews und teilnehmender Beobachtung.
Die Patienten erhielten einen Bogen Gießen-Test-Selbst-

bild, einen Fragebogen zu ihrer allgemeinen Einstellung zu Krankheit und Krankenhaus, und einen Fragebogen zu Situation und Erfahrungen während des jetzigen Krankenhausaufenthaltes.
Die Fremdbildform des letztgenannten Bogens wurde den Angehörigen des Pflegepersonals vorgelegt. Beim abschließenden Interview sollte eine Reihe von Themen angesprochen werden, es wurde aber frei und dem spontanen Rede- und Themenangebot des einzelnen Patienten entsprechend geführt; die Auswertung erfolgte später mit einem Formblatt, zusätzliche Einzelheiten und Kasuistiken wurden gesondert protokolliert. Vor- und Krankengeschichte des Patienten wurden hinsichtlich sozialer bzw. medizinischer Kriterien ausgewertet, folgend den Angaben der Patienten und den üblichen Krankenunterlagen. Ein Gießen-Test-Fremdbild zu jedem Patienten wurde ausgefüllt.
Dadurch, daß jedem Patienten und Fragebogen nachgegangen worden war, ergaben sich nahezu 100%ige Rücklaufquoten. Die Fremdbildfragebögen kamen im Krankenhaus zu 9o% zurück, durch ein technisches Versehen kamen die 2o Fremdbildbogen aus der größeren Klinik abhanden.

4.3.1 Vorgehen

Im Einzelnen war das Vorgehen wie folgt:
Die Durchsicht von Aufnahmebuch, Krankenblättern und Kurven orientierte über die vorhandenen Patienten. In den ersten Tagen des Krankenhausaufenthaltes wurde ein Patient aufgesucht, ihm das Vorhaben erklärt und er um Teilnahme ersucht. Im positiven Falle -es erfolgten sehr wenig Ablehnungen (ca. 7%) - behielt der Patient den GTS und den Bogen zur Einstellung zu Krankheit und Krankenhaus. Im weiteren Verlauf des Aufenthaltes erfolgten nur zufällige kurze Kontakte, der Patient wurde aber sorgfäl-

tig im Auge behalten. Kurz vor der Entlassung erhielt der Patient den Bogen zu seinen Krankenhauserfahrungen, und das Interview fand, in der Regel in einem getrennten Zimmer, statt. Die Bögen über Sozialdaten, Interview und der Gießen-Test -Fremdbild wurden von der Interviewerin ausgefüllt, das Pflegepersonal erhielt den Fragebogen über den Patienten. Die Patienten, deren Krankenhausaufenthalt voraussichtlich nur kurz war, erhielten die Fragebögen auf einmal. Bei Patienten, meist älteren und alten, die schriftliches Material alleine nicht bewältigen konnten, aber sich zu einem Gespräch fähig und bereit, z.T. ausgesprochen interessiert zeigten, wurden die Fragen der beiden Patientenbögen im Gespräch erarbeitet, der GTS entfiel. Dieses modifizierte Vorgehen wurde gewählt, um nicht durch die relativ komplizierte Anlage der Untersuchung von vornherein einen nicht geringen -ca. 1/3- Teil der Patienten mit speziell gelagerten Problemen zu eliminieren, die möglicherweise so allgemein stilprägend für den Umgang mit den Patienten im Krankenhaus sind, daß sie einen Beitrag zur gängigen Gestaltung der Patientenrolle leisten. Einzelne Patienten schließlich, naheliegenderweise solche mit massiven Anpassungsproblemen im Krankenhaus konnten im Rahmen der täglichen Anwesenheit auf den Stationen in ihrer sukzessiven Auseinandersetzung mit dem Krankenhaus beobachtet und als Kasuistik festgehalten werden.

4.3.2 Konstruktion und Zielsetzung der Fragebögen (vollständige Bogen s. Anhang 1)

1. GTS und 2. GTF erfassen als gebräuchliche Persönlichkeitstests folgende 6 Dimensionen: positive vs. negative soziale Resonanz, Dominanz, vs. Gefügigkeit, Unkontrolliertheit vs. Zwanghaftigkeit, hypomanische vs. depressive Grundstimmung, Durchlässigkeit vs. Retentivität, so-

ziale Potenz vs. soziale Impotenz [1].
Es sollte untersucht werden, ob und in welcher Hinsicht bestimmte Eigenarten der Selbst- oder Fremdschilderung für die Anpassung eines Patienten im Krankenhaus von Bedeutung seien.

3. Fragebogen zur Einstellung zu Krankheit und Krankenhaus. Dieser Bogen enthält in seinem ersten Abschnitt 14 Fragen zu den Themengebieten Gesundheit und Krankheit, es folgen 15 Fragen, in denen der Patient nach der Wichtigkeit bestimmter ihm im Krankenhaus begegneter Dinge befragt wird, schließlich soll er selber eine Rangordnung über 4 vorgegebene Aspekte des Krankenhauses vornehmen. Der Bogen ist, wie die folgenden überwiegend in einer 5-stufigen Skala zu beantworten. Er sollte Material über die Einstellungen des Patienten und seinen persönlichen Präferenzen erbringen, beides als Ausgangswert und Maßstab, an dem der Patient die später gemachten Erfahrungen werten wird, gedacht.

4. Fragebogen zu den Erlebnissen im Krankenhaus.
In 41 Items berichtet der Patient über seine Erlebnisse im Krankenhaus. Die Fragen berühren eine Anzahl wichtiger Gebiete: Aufnahme, Stationsalltag, Krankheit, Information, Untersuchungen, kommunikative und emotionale Situation während des Krankenhausaufenthaltes.

5. Beurteilungsbogen für das Personal.
Angehörige des Pflegepersonals berichten aus ihrer Sicht über einen Patienten. In den ersten 33 Items stellt der Bogen die Fremdbildform des vorigen dar, so daß dieselben Aspekte der Situation von zwei verschiedenen beteiligten Seiten eingeschätzt werden. Wieweit Angehörige des Pflegepersonals während des Alltagsbetriebes zu einem

---

1. Beckmann/ Richter: Gießen-Test

wirklichen und mit der Ansicht des Patienten kongruenten Einschätzung über dessen Situation kommen können, oder wieweit etwa eine Tendenz besteht, tiefere Einfühlung zu vermeiden, um selber lebens- und arbeitsfähig zu bleiben oder ob die Einschätzung bei bestimmten Patientengruppen besonders konkordant oder diskordant sind, sind Fragen nach der Kommunikation zwischen Patienten und Pflegepersonal, denen mit dieser Kontruktion der Bögen nähergekommen werden sollte.

6. Auswertung der Krankengeschichte und der sozialen Daten. Eine sorgfältige Erfassung der sozialen und klinischen Daten der Patienten sollte zur Beantwortung der Frage, ob und wie derartiges für die Anpassung des Patienten im Krankenhaus von Bedeutung ist, beitragen.
Zu einzelnen Begriffdefinitionen sind Anmerkungen zu machen: Bei der Klassifikation nach Zugehörigkeit zum soziokulturellen Milieu fand nachstehendes Schema Anwendung:

- bäuerliches Milieu
- städtische Unterschicht: Randgruppenangehörige, ungelernte Arbeiter,
- städtische untere Mittelschicht: untere Angestellte, Facharbeiter
- städtische Mittelschicht: Handwerker, Angestellte in besseren Positionen, kleine Selbstständige
- obere Mittelschicht: Selbstständige, Angestellte in gehobenen Positionen
- Oberschicht: Unternehmer, Oberschulbildung.

Hausfrauen wurden gemäß des Berufes des Ehemannes eingeordnet.

Bei den Diagnosegruppen ist anzumerken, daß neben den üblichen internistischen Patienten gehäuft -entsprechend der schwerpunktmäßigen Ausrichtung der Abteilung- gastroenterologische Patienten zur Behandlung kamen. Dieser Stamm GE-Patienten war konstant in allen Altersgruppen.
(siehe Diagnoseliste im Anhang)

Bei der Beurteilung der Krankheitsschwere wurde zu den gängigen medizinischen Kriterien gegriffen: Allgemeinzustand, Verlauf, Dauer und Prognose zusammen mit Art und Zahl der nötigen Eingriffe ergaben ein summarisches Bild. Dem wechselnden Zustand trägt die Einschätzung des physischen und psychischen Allgemeinzustandes zu Beginn und Ende des Krankenhausaufenthaltes Rechnung.
Weiter wurde versucht, die psychischen Komponenten einer Erkrankung einzuschätzen, auch im Wissen, daß dies ein sehr schwieriges Unterfangen ist, bei dem man sich oft in etwas unklaren Grenzbereichen bewegt, besonders was die Beziehung der psychischen Problematik zur Erkrankung -ursächlich, begleitend, nachfolgend oder unabhängig- betrifft. Daß sich dieses Problem später erübrigt hat, geht aus der Auswertung hervor.

7. Gesprächsprotokoll.
Das Protokoll bemüht sich um möglichst differenzierte Erfassung von Situationen und Inhalt des Gespräches. Emotionales Klima und atmosphärische Einzelheiten, Qualität des Kontaktes und Aspektes des Gesprächsverlaufes wurden im ersten Teil beurteilt, im zweiten und dritten geht es um den informativen Gehalt der Gespräche.

Ein nach den ersten Tagen der Untersuchung erstelltes Zusatzblatt ergänzt den im vorigen auf der Differenzierung liegenden Schwerpunkt und den Aspekt allgemein resummierender Aussagen, da sich rasch zeigte, daß einige Grundsituationen immer wieder kehren. Gleichzeitig wurden einzelne schwach formulierte und unglücklich skalierte Items korrigierend ersetzt (etwa Milieu- und Altersabstufung).

4.3.3 Methodenprobleme

Bevor auf Erörterung einzelner Ergebnisse eingegangen wird, soll über einige grundsätzliche Probleme, die sich bei Konzeption und Verlauf einer derartigen Untersuchung auftun, berichtet werden, die sich teilweise weniger lösen als kritisch diskutierend in Rechnung stellen lassen. Teilweise sind sie essentiell bei einer soziologisch-psychologischen Feldstudie, indem sie mit interagierenden Subjekten und nicht doppelblind oder mit negativen Kontrollen arbeiten kann. Teilweise ergeben sie sich aus der speziellen Situation, daß eine Studie über Beziehungen und Verhalten in einem Bereich der klinischen Medizin durchgeführt wird von jemand nicht von außerhalb dieser klinischen Medizin, sondern aus ihr selber herkommenden, was die Frage nach Befangenheit und Parteilichkeit entstehen läßt. Zum zweiten ist nun zu sagen, daß eine déformation professionelle in keinem Beruf ausbleibt; und der ärztliche ist hierfür besonders berüchtigt. Mit länger werdender Erfahrung und unter dem Druck der Arbeit verschieben sich die Maßstäbe, gewöhnlich von einer patientenzentrierten zu einer an der Berufsroutine orientierten Sichtweise mit zunehmend geringerer Bereitschaft, dem Laien einsichtigere und nachvollziehbare Problemstellungen oder emotionale Reaktionen zu akzeptieren, besonders wo diese Einsichten mit einer perfekten und psychisch erträglichen Berufsausübung zu kollidieren Gefahr laufen. Über die bloße fachliche oder pragmatische Bedeutung einer Anordnung oder Maßnahme muß man sich deren psychischen Implikationen im Denken und Fühlen der Patienten bewußt zu werden versuchen und dies als zweite Realität ins ärztliche oder pflegerische Denken einbeziehen. Zum Beispiel definiert der Professionelle als Belastung einen mit Schmerzen oder realer Gefährdung verbundenen Eingriff oder Zustand, der Patient phantasiert

dies auch von allen möglichen "harmlosen" nur unbekannten Dingen und reagiert schon darauf scheinbar unverhältnismäßig stark.
Ähnliches läßt sich über allgemeinere Bedingungen des Krankenhausaufenthaltes feststellen. Eine Menge institutionalisierter Zumutungen begreifen Ärzte oder Pflegepersonal mit der Zeit nicht mehr als solche, zumal deren Notwendigkeit, rationale Begründung oder dergleichen verstanden wird, oder man sich im Rahmen einer kollektiven Selbsttäuschung darüber stillschweigend geeinigt hat, zumal die meisten Patienten diese Zumutungen still hinnehmen.
Es bleibt nur, zu versuchen, sich um dauernde, kritische Rollendistanz zu bemühen und immer wieder alle Einzelheiten abzuwägen und zu hinterfragen nach Ursache, Bedeutung und Wirkung, um die wirklichen von den nur scheinbaren Notwendigkeiten zu trennen.
Weiter muß man sich über die möglichen Auswirkungen einer solchen Untersuchung auf den untersuchten Gegenstand und damit die Verläßlichkeit der Ergebnisse Rechenschaft ablegen. Um Toleranz und Mitarbeit auf den Stationen war sich in langen Diskussionen bemüht worden, ohne das Ganze entstellende Kompromisse nötig zu haben. Die lange vorherige persönliche Vertrautheit mit den Verhältnissen und die dauernde Anwesenheit auf den Stationen waren für die Durchführbarkeit sicher entscheidend. Ein Bericht von Jungermann [1] über eine gut und großangelegte Untersuchung, die überregional und deshalb brieflich-unpersönlich angelegt war und mangels Beteiligung keine ausreichend verwertbaren Ergebnisse liefern konnte, zeigt dies ebenso wie eigene Erfahrungen an einer weiteren Klinik, persönlich unbekannterweise und mit nur der Ge-

---

1. Jungermann: Nothing goes

nehmigung der Leitung Patienten zu befragen, was sich als insgesamt nicht möglich erwies, und neben Nichtbeteiligung massive Ablehnungsreaktionen hervorrief. Selbst auf den Stationen, die die Untersuchung zu tolerieren bereit waren, war zu Beginn ein erhebliches Maß an Spannungstoleranz notwendig, um das Gefühl des Beobachtet- und Gewertetwerdens aushalten zu können. Gerade wer sich bemüht, in seinem Beruf sein Bestes zu geben, ist dem Gefühl, durch eine Beobachtung in Frage gestellt zu werden und vielleicht den eigenen Ansprüchen nicht genügen zu können, besonders ausgeliefert, zu verunsichern und für Kränkungen anfällig, viel mehr als jemand, der gleichgültig oder selbstgerecht seine Arbeit erledigt. Nach einiger Zeit wich diese Spannung und die Arbeit in einer überwiegend doch von Toleranz und Kooperation geprägten Atmosphäre wurde möglich.
Das schließliche Einpendeln eines atmosphärischen Gleichgewichtes kann man für die ja nur kürzer anwesenden Patienten weniger voraussetzen. Sowieso in einer resistenzgeschwächten Lage und einer unerwarteten und unbekannten Sache ausgesetzt, waren einige viel bereiter, argwöhnisch zu reagieren. Vorbehalte über Diskretion und über mögliche negative Folgen ließen sich oft im Gespräch ausräumen, die Reserviertheit mancher Patienten blieb trotzdem deutlich während der ganzen Zeit spürbar, Folge waren Gespräche in gereizter Oberflächlichkeit oder betonter Angepaßtheit (dies erfaßt auch die Gesprächsauswertung).
Auch ein bewußtes oder unbewußtes Bestreben zu rollenkonformem Verhalten und Antworten im Sinne sozialer Erwünschtheit kann Ergebnisse verfälschen. In der Vorstellung unterstrichene Unabhängigkeit vom Krankenhausbetrieb und im Verlauf völlige Abstinenz von allen ärztlichen oder pflegerischen Tätigkeiten sollte dem möglichst entgegentreten, die Gespräche fanden planmäßig in den letzten Tagen des Krankenhausaufenthaltes statt. Die Patienten fanden

sich zunehmend in der Position des Rückblickenden, des "Davongekommenen", auch dessen, dem erfolgreich geholfen worden ist.
In der Erinnerung haben aktuell massiv belastende und beeinträchtigende Situationen manches von ihrem affektiven Gehalt eingebüßt, werden bagatellisiert, um die emotionale Belastung kleinzuhalten, oder gleiten ins Anekdotische ab.
Interkurrente psychische Krisen, die das Gesamtgleichgewicht nicht nachhaltig störten, und die, die jeder Patient im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes durchmacht und die somit als Normal und nicht wert zu erwähnen erschienen, werden spontan nicht berichtet; erst gezieltes Fragen nach solchen von Angst, Ärger, Depression oder anderen sowieso ungern akzeptierten Gefühlen belasteten Situationen förderte einen Teil dieses "vergessenen" Materials wieder zu Tage. Auch hinter einer pauschal-positiven Wertung " Es ist mir hier doch gut gegangen und gut geholfen worden" verbarg sich oft eine Fülle von Gefühlsschwankungen und belastenden Situationen. Die Unzufriedenen und Enttäuschten hatten hie weniger Schwierigkeiten,sich zu erinnern, und boten z.T. einen ganzen Katalog von Kritik an.
Die große Verschiedenheit der Gespräche in ihrer Eigendynamik und Gestaltung durch den Patienten macht diese schwer vergleichbar. Die Fallweise persönlichen Interaktionen zwischen den Gesprächspartnern trugen weiteres dazu bei.
Auch hatten längst nicht alle Patienten spontan Worte und Formulierungen zum Erfassen und Beschreiben von Erlebnissen, zwischenmenschlichen Situationen oder psychischen Gegebenheiten. Ein Faktor ist hier der Grad der ausgebildeten Verbalisierungsfähigkeit, die gefühlsmäßig vorhandene komplizierte Zusammenhänge schwerer in Worte fassen kann. Weit schwieriger umzugehen war mit den Pa-

tienten, denen neben den Worten die psychischen Repräsentanzen und die innere Struktur eines Sachverhaltes schwierig zu greifen war, und deren Innenleben ziemlich undifferenziert und schlecht strukturiert, Affekte massiv gehemmt oder zu explosiven Ausbrüchen neigend schienen.

Beispiel ist eine Patientin, die die Frage nach ihren Gefühlen in der Situation kaum auffassen konnte, derartige Inhalte schienen in ihrem sonstigen Leben nicht thematisiert zu werden. Sonst war das Verhalten dieser Frau von deutlicher Angst und Ausgeliefertheit an die Situation geprägt, ihr Innenleben erschien ihr selber verbal und gedanklich unzugänglich, der Vergleich mit einem leidenden Tier drängte sich auf.

Während die Unstrukturiertheit im vorgeschilderten Fall als intellektuelles und Schichtproblem imponiert, beschreiben Autoren, die sich mit psychosomatischen Erkrankungen beschäftigen, die innere Strukturlosigkeit und Unfähigkeit, Affekte zu empfinden oder zu verbalisieren, oder damit umzugeben als Charakteristikum psychosomatisch Erkrankter. Die Äußerungen solcher Patienten bleiben dem Faktischen verhaftet, automatenhaft starr und leer, einsilbig und zurückgezogen, dabei dauernd um Normalität und angepaßtes Verhalten bemüht. Mit solchen Patienten stellte das Interview natürlich eine besondere Schwierigkeit dar.

Schließlich wird an anderer Stelle ausgeführt, daß die meisten Patienten ein gedankliches Konzept (Grundhypothese) zum Krankenhaus mit sich tragen, was ihr Erleben und Verhalten und damit ihre Stellungnahmen entscheidend prägen. So sind Dinge, die dem Patienten gemäß seiner Grundhypothese rechtens erscheinen, ihm nicht weiter erwähnenswert. Deutlich wird die (später ausführlich beschriebene) Funktion der Grundhypothese, den Betreffenden

vor psychischer Beeinträchtigung und drohender Dekompensation zu schützen. Dies erwägend, wurde auch, wo sich ein Patient in offensichtlichem Widerspruch zwischen seiner normativen Einstellung und seinem meist nonverbal geäußerten Empfinden befand, darauf verzichtet, seine Haltung in Frage zu stellen. Hier sind die Grenzen eines diagnostischen Gespräches, bei dem weitgehende Eingriffe, wo nicht im Moment zu gewinnen, sich durch die einmalige Gesprächsmöglichkeit verbieten, erreicht. Bemerkenswert, aber nicht erstaunlich war die enorme Gesprächsbedürftigkeit der Mehrzahl der Patienten, die nicht nur berichten und diskutieren, sondern sich aussprechen und Teilnahme finden wollten. Abgesehen von momentan zu leistendem wie Erklärungen oder Bearbeitung von akuter Angst und Unsicherheit war es kaum möglich, etwas für diese Patienten zu tun.

4.4 Darstellung und Diskussion der Ergebnisse

4.4.1 Übersicht

Die gewonnenen Daten wurden auf Lochkarten übertragen und am Hochschulrechenzentrum der JLU Gießen mit Programmen aus der Programmbibliothek des Fachbereiches Psychologie der statistischen Auswertung unterzogen. Zunächst wurde eine allgemeine Häufigkeitsauszählung über alle Daten gerechnet sowie eine Häufigkeitsauszählung nach Gruppen, die von den Variablen Alter, Geschlecht, Schicht, Krankheit, Station bestimmt waren. Über die eigenen Fragebogen wurden Faktorenanalysen gerechnet, dann zu den sich daraus gefundenen Faktoren für jeden einzelnen Probanden die dazugehörigen Skalenwerte berechnet. Diese Skalenwerte wurden auf Korrelation untereinander überprüft. Weiterhin erfolgte hierüber eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit den unabhängigen Variablen Alter und Geschlecht bzw. Schicht und Geschlecht. Die Heterogenität des Patientengutes und daraus folgende ungleiche Zellenbesetzung für die Variablenkombinationen Alter und Krankheit bzw. Alter und Schicht ließ weitere zwei- oder drei faktorielle Varianzanalysen aufgrund der vielen Lücken weniger sinnvoll erscheinen. Betreffend dieser Variablen wurden einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt.

Schließlich wurde die Gruppe von Patienten, von denen vollständig ausgefüllte Fragebogen sowohl über deren subjektive Erlebnisse im Krankenhaus als auch über die Beurteilung durch Angehörige des Pflegepersonals vorlagen und somit vergleichbare Skalen, zusammengefaßt. In einem später näher zu beschreibenden Vorgehen wurden die o.g. statistischen Verfahren auf die Skalen- und Skalendifferenzwerte angewendet, um zu Ergebnissen über Dis- oder Konkordanz der Selbst- und Fremdbilder zu gelangen.

Bei der Darstellung der statistischen Ergebnisse ist es wegen des großen Umfanges des gewonnenen Zahlenmaterials nötig, zugunsten von Übersichtlichkeit und Lesbarkeit Kürzungen und Streichungen anzubringen. So sind längst nicht alle Wege der statistischen Verarbeitung und damit Ergebnisgewinnung beschritten worden. Weniger wichtige Ergebnisse sind fortgelassen oder nur kurz angerissen worden, so z.B. die Häufigkeitsauszählung nach Gruppen über die einzelnen Items.
Im Folgenden wird versucht, die Hauptergebnisse zu einem schlüssigen Zusammenhang zu ordnen und Übersichtstabellen mit interessanten, aber weniger wichtigen Befunden in den Anhang zu verlegen. Der Schwerpunkt wird auf den Ergebnissen der Faktorenanalysen, der Varianzanalysen und der Selbstbild-Fremdbildvergleiches liegen. Vorbereitend wird ausführlicher über die demographische Struktur und Krankheitsdaten des Kollektivs, knapper über die Häufigkeitsauszählung der übrigen Bogen referiert; auch die Korrelationen zwischen den Skalenwerten werden übersichtartig behandelt. Einzelheiten hierüber enthält der Anhang.

Schließlich ist versucht worden, die statistischen Befunde mit eingerückten Fallgeschichten anschaulicher zu machen, um den Weg von der klinischen Praxis an einzelnen Patienten über eine verallgemeinernde -und durch die Verallgemeinerung weiterführende Aussagen versprechende- Herangehensweise zurück zum einzelnen Patienten mit seinem Erleben und seiner Problematik zu finden.

4.4.2 Die Stichprobe

4.4.2.1 demographische Struktur des Kollektivs

Zur Auswertung kamen die Fragebogen von 12o Patienten, die sich folgendermaßen über die 3 Stationen verteilten:

Tabelle 1: [4]	Station 1	n= 52	(43,3)
	Station 2	48	(4o,o)
	Station 3	2o	(16,7)

Da sich bei allen weiteren Aufschlüsselungen der Ergebnisse gezeigt hatte, daß keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten der drei Stationen bzw. zwischen den aus den beiden Krankenhäusern bestanden, wird im Folgenden ganz auf eine Aufschlüsselung der Ergebnisse in dieser Hinsicht verzichtet. Der genannte Befund bestätigt die erste Hypothese, daß die Probleme und Problemreaktionen von Durchschnittspatienten internistischer Stationen sich stark ähnlich sind, und die äußeren Bedingungen des Krankenhauses in ihrer Bedeutung nachgeordnet sind.

Bei der Aufteilung nach den Geschlechtern ergab sich ein Frauenüberschuß, der auf den Überschuß der Frauen in der ältesten Gruppe zurückgeht (Tabelle 2).
Überschlagsmäßig kommen je ein Drittel der Patienten aus der jüngeren, mittleren und älteren Gruppe.

Tab. 2:	bis 3o	31-45	46-6o	61+älter	Gesamt
Männer	9(16,1)	1o(17,9)	2o(35,7)	17(3o,4)	56(46,7)
Frauen	9(14,3)	8(12,7)	23(36,5)	23(36,5)	63(53,3)
	18(15%)	18(15%)	43(35,8)	4o(33,2)	

---

4).Anm.: in allen folgenden Tabellen steht die prozentuale Häufigkeit in Klammern. Die absoluten Häufigkeiten addieren sich, wo ganze Bogen oder die Beantwortung einzelner Items fehlen, nicht immer von zu 12o

Es ergab sich folgende Zugehörigkeit zum soziokulturellen Milieu gemäß der o.g. Definition. (Tab.3)

Tabelle 3	n	%
ländlich-bäuerlich	14	(11,7)
städtische Unterschicht	21	(17,5)
untere Mittelschicht	31	(25,8)
mittlere Mittelschicht	31	(25,8)
gehobene Mittelschicht	12	(1o,o)
Oberschicht	1o	(8,3)

Es überwogen die Patienten mit Krankenhausvorerfahrung (Tab.4), die allerdings bei vielen länger zurücklag (Tab.5), z.T. in der Kindheit oder bei Älteren anläßlich Kriegsverletzungen oder Geburten.

Tabelle 4	n	%
keine Vorerfahrung	16	(13,4)
1-2 Krankenhaus-	35	(29,4)
3-4 aufenthalte	22	(18,5)
5+ mehr	44	(37,o)

Tabelle 5 letzter Krankenhausaufenthalt	n	%
im vergangenen Jahr	34	(37,7)
i.d. letzten 1-3	28	(26,9)
i.d. letzten 4-6	14	(13,5)
länger als 6 Jahre her	28	(26,9)

Die Anlässe zum jetzigen Krankenhausaufenthalt verteilten sich etwa gleichmäßig:

Tabelle 6	n	%
Notaufnahme	33	(27,5)
überraschende Einweisung	33	(27,5)
kurzfristig geplante Einw.	25	(2o,8)
längerfristig geplante Einw.	27	(22,5)

Die durchschnittliche Liegezeit der Patienten betrug ca. 22 Tage bei einer Streuung von ± 1o Tagen.

Tabelle 7

Liegedauer in Wochen	n	%	
o-1	13	(1o,8)	
1-2	33	(27,5)	
2-3	26	(21,7)	
3-4	19	(15,8)	Streuung 1,412
über 4	28	(23,3)	

4.4.2.2 Erkrankung und allgemeine psychosoziale Situation der Patienten

Es wurde versucht, die den einzelnen Patienten begleitende somatische Diagnose durch eine erweiterte Diagnosestellung zu ergänzen, die die sozialen und psychischen Besonderheiten des Einzelnen und deren Zusammenhängen mit seinem gegebenen Gesamtzustand berücksichtigt. Hier wurde von einem differenzierten Definitionsschlüssel ausgegangen, der sich als im großen und ganzen anwendbar erwies. Die Ergebnisse der nach dieser Aufteilung als gruppenbestimmender Variable vorgenommenen Auszählungen belegen aber, daß ein Patientenkollektiv im Wesentlichen in nur zwei große Gruppen zerfällt, nämlich in solche Patienten, die keine auffallenden und subjektiv bedrückenden Probleme mit ihrem Leben oder ihrer Krankheit angegeben haben und deren psychische Energie nicht von Auseinandersetzung mit oder Abwehr existentieller Probleme verzehrt wird, sondern in relativer Zufriedenheit, Gelassenheit und Ruhe, meist auf dem Hintergrund eines intakten sozialen Gefüges leben.

Ihnen gegenüber stehen Menschen, die in irgendeiner Weise mit ihren Lebensumständen oder mit ihrer Krankheit massive Schwierigkeiten haben, wobei sich in den vorliegenden Ergebnissen herausgestellt hat, daß das Faktum dieser Schwierigkeiten wichtiger ist als deren Art und Gestaltung.
Eine Einteilung hinsichtlich des Letztgenannten, der Beziehung psychischer Probleme zu der gegebenen organischen Krankheit, wurde in der verwendeten Diagnoseliste angestrebt.
So war unterschieden worden zwischen psychischen Problemen, die eher unabhängig vom Einweisungsgrund ins Krankenhaus bestanden, Problemen, die als direkte Ursache der Erkrankung, oder als deren direkte Folge anzusprechen waren, Patienten mit funktionellen Störungen und solche mit psychosomatischen bzw. psychischen Erkrankungen waren gesondert erfaßt worden.

Fallgeschichten sollen das Gemeinte verdeutlichen:

> Ein Beispiel für das erste ist eine Patientin, die, im Krankenhaus wegen des Abgangs von Nierensteinen, unter schweren Angstzuständen und Depressionen litt. Ihre Situationsauffassung und -verarbeitung war überwiegend von ihrer sonst äußerst labilen Verfassung gekennzeichnet und sie nahm von der raschen und unkomplizierten Klärung ihres körperlichen Zustandes kaum Notiz.

> Für das ursächliche Zusammenhängen von Problemen und körperlicher Erkrankung steht ein Patient, dessen Alkoholkonsum nach dem Auseinandergehen seiner Ehe stark angestiegen war, er entwickelte eine Fettleberhepatitis, zudem eine Hypertonie. Sein Problemverhalten bestand im Krankenhaus weiter, seine Stimmung blieb zwischen depressiv und gereizt.

> Ein vorher stabiler Patient, dessen Verhalten von kontraphobischer Abwehr seiner Herzerkrankung gekennzeichnet gewesen war, dekompensierte nach eingetretenem Infarkt in eine schwere Depression mit Angst vor einem Reinfarkt und anhaltender vitaler Verunsicherung.
> In vergleichbare Zustände geraten Patienten mit malignen oder befürchtet malignen Erkrankungen.

Funktionelle Störungen wurden angenommen, wo die gründliche Untersuchung keinen organischen Anhalt für die vorliegenden Schmerz- oder Spannungszustände hatte aufdecken können; die Einschätzung als psychosomatische Erkrankung folgte der Diagnose, im gastroenterologischen Bereich Ulcera ventriculi und duodeni und Colitis ulcerosa. Die nicht immer einfache Zuordnung der Patienten zu diesen Gruppen wurde nach gründlicher Kenntnisnahme der Gesamtsituation des Patienten mit seiner Krankengeschichte, seiner Art, sich mit der Krankheit auseinanderzusetzen und mit seinen Lebensumständen zurechtzukommen, getroffen.

Hiernach ließen sich die Patienten folgendermaßen einteilen:

Tabelle 8	n	%
organ. Erkrankung ohne psych. Probleme	34	(2o,3)
" " ,unabhängige	19	(15,8)
" " ,ursächliche	8	(6,7)
" " ,nachfolgende	36	(3o,o)
psychosomatische Erkrankung	8	(6,7)
funktionelle Störung	12	(1o,o)
psychische Störung	3	(2,5)

Nur eine Minderheit - jeder 5.- gehört zur Gruppe der "richtigen" internistischen Patienten, die lediglich medizinische körperliche Versorgung benötigen, und sich ansonsten ihrer Situation gewachsen fühlen. Bei einem weiteren Fünftel liegen psychosoziale Probleme im Vor- oder Umfeld körperlicher Erkrankung vor, für jeden Dritten folgen gravierende Probleme aus der Krankheit. Dem Zehntel Patienten mit funktionellen Störungen und oft langen Leidensgeschichten kann eine somatisch-internistisch orientierte Medizin genausowenig ursächlich helfen wie den psychosomatisch Kranken; die beiden letzten Gruppen dürften im gastroenterologischen Bereich relativ überrepräsentiert im Vergleich zu anderen Teilgebieten der

Medizin sein.
Zusammengefaßt stehen diese Ergebnisse über die Zusammensetzung eines internistischen Patientengutes im Einklang mit denen vieler anderer Untersuchungen, die ebenfalls die Notwendigkeit einer auch psychischen einbeziehenden Diagnostik im Sinne einer umfassenden Anamnese und gegebenenfalls Weiterleitung an oder Einbeziehung von psychotherapeutisch ausgebildeter Kollegen fordern.
Was die engere Fragestellung der vorliegenden Arbeit angeht, erwies sich, daß eine solche differenzierte Einschätzung des Verhältnisses somatischer und psychischer Anteile an der Krankheit notwendig zur besseren Erfassung und Beschäftigung mit dem Patienten ist, d.h. für den behandelnden Arzt oder Schwester bzw. Pfleger mit Sicherheit weiterführend, daß dies aber, was Stellung des Patienten und Befinden im Krankenhaus zweitrangig ist. Offenbar beeinflußt ein wie immer geartetes schwerwiegenderes psychisches Problem die Gesamtstimmung des Patienten so, daß seine Reserven erschöpft sind und seine Situation im Krankenhaus prekär und von verschiedengradiger und gearteter psychischer Dekompensation gezeichnet ist. Gemeinsam ist allen diesen Problempatienten auch, daß die inhaltliche Orientierung im normalen Krankenhaus eine Beschäftigung mit diesem Teil der Problematik und ihrer Verarbeitung nicht vorsieht, sondern den Patienten in und mit ihr alleine läßt; so erfolgreich die Behandlung des organischen Geschehens gewesen sein mag, bleibt für den Patienten ein Teil unbewältigter Schwierigkeiten, die Stimmung und Verhalten beeinflussen. Eine wirkliche umfassende Hilfe im Sinne einer "Heilung" können nur die Patienten der ersten Gruppe mit organischen Erkrankungen bei weitgehend intakter psychosozialer Situation erwarten.

Im Folgenden wird der geschilderte Befund angewandt, indem lediglich zwischen Patienten mit harmonischer intak-

ter psychosozialer Situation und solchen mit problematischer gestörter unterschieden wird.
Weitere Fragen beschäftigten sich mit der Stabilität eines Patienten und den, wo zu bezeichnen, hauptsächlichen Ursachen seiner Schwierigkeiten.
Stabil, daß heißt physisch und psychisch in der Lage, mit der Lebenssituation, eingeschlossen Krankheit und Krankenhaus, zurechtzukommen, wurden ein Drittel der Patienten eingeschätzt, ebenso viele als labil, aber kompensiert, d.h. in einem lebensfähigen Zustand, der neben größeren Schwierigkeiten auch befriedigende Bereiche finden ließ.
Jeder vierte wurde als dekompensationsgefährdet eingeschätzt, jeder sechste als dekompensiert, dies faßte Zustände dauernder Angst, Aggression, Depression mit subjektivem massivem Leidensdruck.

Tabelle 9	n	%
stabil	35	(29,2)
kompensiert labil	38	(31,7)
dekompensationsgefährdet	29	(24,2)
dekompensiert	18	(15,o)

Einschränkend muß man hinzufügen, daß im Krankenhaus eine Auslese labiler und dekompensierter Menschen zu finden ist, indem sich der Zusammenbruch eines labilen Gleichgewichtes zum Teil sich in körperlicher Erkrankung äußert. Auch für Patienten mit primär psychischen Befindensstörungen ist die Medizin und das Krankenhaus deren Teil institutionalisierte hilfebietende Instanz die Anlauf- und Verteilungsstelle, die bei der Definition und Gestaltung der Beschwerden des Kranken maßgeblich beteiligt ist. Andererseits wirkt Krankheit selber labilisierend ebenso wie das Krankenhaus als Milieufaktor.
Alles zusammen könnte die hohe Anzahl labiler und dekompensierender Menschen im Krankenhaus erklären; psychisch Stabile werden seltener krank und bevölkern nicht die Krankenhäuser.

Beim Versuch, zentrale Probleme, um die Leiden, Beschwerden und Berichte der Patienten kreisten, herauszufinden, kehrte eine kleine Zahl von Konfliktkonstellationen häufig wieder:

Tabelle 10	n	%
Berufliche Probleme	10	(8,3)
Familiäre Probleme	13	(11,2)
Soziale Probleme,Arbeit,Geld,Alkohol	8	(6,7)
Alter, Einsamkeit, Depression	10	(8,3)
Probleme mit der Krankheit	21	(17,5)
Psychische Probleme, Depression	23	(19,2)
keine besonderen Probleme	35	(29,2)

An anderer Stelle wird ausgeführt, daß bestimmte Problemkonstellationen für Alters- oder Geschlechtsgruppen kennzeichnend sind. Nur ein Drittel der Patienten gab an, keine besonderen Probleme zu haben, bei den anderen wiederholt sich eine bedenklich kleine Zahl immer wieder. Die Zahl der hierdurch in ihrer Lebens- und Genußfähigkeit eingeschränkten Menschen ist erschreckend hoch, zugleich erscheint in den gegebenen Verhältnissen die Möglichkeit, einzugreifen oder nur Lösungsvorstellungen zu entwickeln, gering; der Einzelfall enthüllt grobe Lücken im Netz der sozialen Sicherung oder in der individuellen psychischen Hygiene im persönlichen oder beruflichen Leben - hart gesagt, findet sich der Ausschuß der Leistungsgesellschaft in den Krankenhausbetten wieder. In lang nicht allen Fällen ist auch von einem effizienten und ausgefeilten Psychotherapiesystem hier Hilfe zu erwarten, da eine ursächliche Vernetzung der Konflikte nicht nur mit Biographie und Lebensführung des Einzelnen vorliegt, sondern mit dem, was dessen soziale Existenzbedingungen darstellt und seine Chancen sind oder gewesen wären. Neben individuellen Hilfen, mit Problemen besser zurechtzukommen, fehlen ganz konkrete Möglichkeiten der Abhilfe, bei Altenpflege und Sozialfürsorge zum Beispiel.

4.4.2.3 Psychosoziale Situation der Patienten im Krankenhaus

Es wurde eingeschätzt, ob und wie sich die Stabilität des Patienten im Krankenhaus verändert habe:

Tabelle 11:	n	
labilisiert	17	(14,2)
eher l.	25	(2o,8)
unentsch.	48	(4o,o)
eher stab.	24	(2o,7)
stabilisiert	5	(4,2)

Eine Stabilisierung der Patienten im Krankenhaus kann man unterstellen, wenn das Hauptproblem in der Krankheit begründet gewesen und mit erfolgreicher Behandlung verschwunden ist. Der Zustand anderer Patienten bleibt gleich oder verschlechtert sich. Eine Gegenüberstellung der Veränderungen von körperlichem und seelischem Allgemeinzustand zu Beginn und Ende des Krankenhausaufenthaltes zeigt ebenfalls, daß sich die Besserung des körperlichen Zustandes wesentlich häufiger ereignet als die des seelischen Allgemeinzustandes, wobei sich im Durchschnitt sowohl der körperliche als auch der seelische Zustand bessern, der seelische aber immer deutlich hinter dem körperlichen zurückbleibt.

Tabelle 12:	gut	eher gut	mittel	eher schl.	schl.
Beginn körperl.	18(15)	12(10)	42(35)	32(26)	15(12,5)
Ende "	60(50)	41(34,2)	17(14,2)	1(0,8)	0(0)
Beginn seelisch	11(9,4)	16(13,7)	21(17,9)	33(28,2)	35(29,9)
Ende "	40(33,3)	21(17,5)	22(18,3)	21(17,5)	15(12,5)

Über Art und Schwere der Erkrankung und der mit ihr einhergehenden Belastung liegen von der Seite der Patienten und des Pflegepersonals Einschätzungen vor sowie die Selbstdarstellung der Patienten im Interview und die eigene Einschätzung aus Interview und Krankenblättern.

Tabelle 13:

	überwiegend organ. Genese	teilweise o.G.	gemischt	teilweise ps.G.	überwiegend psychische Genese
Patienten-Selbstbild	50(41,7)	13(20,8)	19(15,8)	17(14,2)	21(17,5)
Pflegepersonal-Fremdb.	19(21,1)	17(18,9)	22(24,4)	21(23,3)	11(12,2)
Pat.im Interview	85(70,8)	14(11,7)	13(10,8)	4(3,3)	4 (3,3)
Krankenblätter	70(58,3)	11(9,7)	9(7,5)	9(7,5)	21(17,5)

Tabelle 14:

	Krankheit leicht	eher leicht	unentschieden	eher schwer	schwer
Patienten-Selbstbild	14(12)	23(19,7)	32(27,4)	19(16,2)	29(24,8)
Pflegepersonal-Fremdb.	8(8,9)	33(36,7)	24(26,4)	20(22,2)	5(5,6)
Pat. im Interview	15(12,5)	19(15,8)	26(21,7)	27(22,5)	33(27,5)
Krankenblätter	11(9,2)	14(11,7)	26(21,7)	28(31,7)	31(25,8)

Tabelle 15:

	gering	eher gering	mittel	eher hohe	hohe Belastung
Patienten-Selbstbild	16(13,3)	32(26,7)	22(18,3)	27(22,5)	23(19,2)
Pflegepersonal-Fremdb.	9(10,6)	26(28,9)	24(26,7)	24(26,7)	7(7,8)
Krankengeschichte: Eingriffe	40(33,3)	26(21,7)	30(25,0)	8(6,7)	15(12,5)
Krankengeschichte: Krankheit	22(18,3)	26(21,7)	28(23,3)	22(18,3)	21(17,5)

In den Fragebogen war umfassender nach Zusammenhängen der Krankheit mit seelischen Dingen gefragt worden, die erklärt den höheren Anteil der Antworten, die auch eine psychische Beteiligung an der Krankheit annehmen, im Vergleich zum Interview, wo es um die überwiegende Beteiligung an Entstehen und Entwicklung der Krankheit ging. Jedenfalls stellt ca. 1 Drittel der Patienten und des Pflegepersonals eine psychische Beeinflussung der Krankheit in Rechnung. Sich im engeren Sinne auf eine wesentlich psychische Bedingtheit ihrer Krankheit einzulassen, gelingt weniger Patienten, da sie z.T. letztlich wieder auf die "vernünftigeren" organischen Ätiologievorstellungen rekurrieren, teils aus Hilflosigkeit,um sich nicht als verrückt betrachten zu müssen oder von der Medizin doch noch Hilfe erwarten zu können, teils im Rahmen der Abwehrmechanismen, die sie gegen ihre psychischen Konflikte einsetzen, wie es von psychosomatisch Kranken und (einmal organfixierten) Patienten mit funktionellen Störungen häufig beschrieben ist. Insofern verwundert es nicht, wenn die Beurteilung durch Außenstehende das Gewicht auf die Seite psychischer Beeinflussung oder Entstehungsmechanismen verlagert.
Was die Schwere der Erkrankung angeht, steht die Selbsteinschätzung der Patienten in der Mitte zwischen der durch Angehörige des Pflegepersonals, die die Patienten durchschnittlich als weniger schwer krank einschätzen als diese sich selber, und der Fremdeinschätzung aus Krankengeschichte und Interview. Die Angehörigen des Pflegepersonals legen, indem sie über die Zeit mit einer größeren Zahl von Patienten konfrontiert sind und Vergleiche aus der Routine herausziehen, strengere Maßstäbe bei der Beurteilung der Krankheitsschwere an, zudem entgeht ihnen der Teil der Belastungen, die der Patient während diagnostischen Maßnahmen auszuhalten hat, sie dürften sich vorwiegend an langfristigem Zustand und Pflegebedürftigkeit

des Patienten und der Prognose der Erkrankung orientieren. Der Patient erlebt sich selber als zentral, kann und will möglicherweise weniger vergleichen und "objektive" Kriterien anlegen, zumal er seine Gesamtsituation, von der die Krankheit ja nur ein Teil ist, bewältigen muß. Anscheinend hat die abschließende Zusammenschau der vielfältigen Belastungen, die sich über den Krankenhausaufenthalt verteilt hatten, zu einer besonders empfindlichen und tendentiell überwertigen Betrachtung der Schwere der Erkrankung in der Fremdbeurteilung im Interview geführt. Möglicherweise betrachtet man auch als Außenstehender, Gesunder, der zudem unterwegs ist, sich mit den Belastungen, denen der Patient im Krankenhaus ausgesetzt ist, zu befassen, jede Einzelheit als gravierend, während der Patient sich summarisch darauf eingestellt hat und mehr auf Belastungsspitzen reagiert, seine grundsätzliche Haltung aber von Hoffnung auf Besserung und Abfinden mit den Notwendigkeiten bestimmt ist. Die Frage, wie das dem Patienten gelingt, ist ja ein Hauptthema der Untersuchung.
Ein ganz ähnliches Bild ergibt sich, wenn die Belastung des Patienten durch Krankheit und Eingriffe betrachtet wird. Besonders was die Belastung durch Eingriffe angeht, wird, dies ließ sich den Gesprächen häufig entnehmen, deutlich, wie sehr zweierlei Maß für den medizinischen Routinierten und dem der medizinischen Routine ausgesetzten Patienten besteht. Ärzte und Pflegepersonal neigen dazu, als belastend nur Untersuchungen und Eingriffe anzuerkennen, die mit Gefahren oder Schmerzen verbunden sind, und vernachlässigen die kleinen Unannehmlichkeiten wie Wartezeiten, erforderliche Nüchternheit, Transportwege und dergleichen oder orientieren sich mehr am allgemeinen als am individuellen Zustand des Patienten, für den z.B. eine sonst unbelastende Lungenaufnahme im Stehen eine große Anstrenung bedeuten kann.

Noch gravierender ist die Erwartungsanst vieler Patienten auch vor ganz kleinen, nach allgemeiner Ansicht nicht belastenden Maßnahmen, indem sie vorher nicht wissen, was genau auf sie zukommt.
Hier kommt der ausführlichen und verständlichen Information des zu erwartenden Vorganges mit realistischen, das heißt auch nicht bagatellisierenden Angaben("es tut gar nicht weh, drückt höchstens ein bißchen") als gezielter prophylaktischer Entängstigung besondere Bedeutung zu.
Wo immer möglich, ist die Begleitung des Patienten durch einen ihm vertrauten Arzt oder Schwester bzw. Pfleger, der nicht so voll in den Ablauf der Untersuchung involviert ist, daß er sich nicht auch mit dem Patienten beschäftigen könnte, sicherzustellen, um dem Unbekannten der Untersuchung ein Gegengewicht gegenüberzustellen.

Weitere Einzelheiten über sozialen Rahmen der Patienten und über Einzelheiten des Krankheitsverlaufes sind in der vollständigen Tabelle im Anhang zu finden.

4.4.3 Häufigkeitsauszählung der Fragebogen

Ebenso wird die folgende Darstellung der Ergebnisse der Häufigkeitsauszählungen der Fragebogen möglichst knapp gehalten und beschränkt sich auf zusammenfassende Aussagen zu den einzelnen angesprochenen Themen.

4.4.3.1 Bogen über Einstellung des Patienten zu Krankheit und Krankenhaus

Diesen Bogen hatten die Patienten zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes vorgelegt bekommen. Er befaßt sich damit, welche Einstellung der Patient zu Gesundheit und Krankheit mitbringt. Im zweiten Teil ging es um die Erwartungen des Patienten ans Krankenhaus und darum, was nach Ansicht des Patienten von ihm erwartet werde. Der Bogen hatte im Rahmen der Gesamtuntersuchung die Bedeutung eines Ausgangswertes, der Aussagen über die persönliche Konzeption der Patientenrolle durch den einzelnen Patienten bringen sollte und seine Einstellung zu krankheitsbetreffenden Themenkreisen. Sein zweiter Abschnitt war unter der Vorstellung der rangartigen Abstufung von Wünschen und Bedürfnissen konzipiert worden.
Die Antworten auf die den Fragenkomplex der Information über Krankheit berührenden Items (2,5,8,1o,13) belegen das durchgängig hohe Interesse der Patienten an krankheitsrelevanter Information, betont wird die Unsicherheit bei mangelnder Information und die Vorstellung, selber zur Gesundheit beitragen zu können. Wichtig ist, daß sich nur ca. ein Viertel der Patienten als ausreichend informiert einstuft. Überhaupt sollte man mehr von einem Recht auf Information sprechen als von einem bloßen Bedürfnis. Diese Befunde wiederholen die verschiedenen Untersuchungen, z.B. die von Siegrist und Raspe zu diesem Thema.

Weniger eindeutig fallen die Antworten zur Einstellung zu Gesundheit und Krankheit (Items 1,3,6,7,9) aus. Insgesamt überwiegt eine eher kontraphobische (möglicherweise bewußt verleugnende) Haltung, die z.B. betont, nicht besonders auf körperliche Veränderungen achten (71%) will, oder vor dem Arztbesuch erst einiges zusammenkommen lassen will (58%). Anscheinend folgt man dem Ideal des Patienten, der zäh und hart im Nehmen sein soll. Ein kleinerer Teil der Patienten (gut ein Drittel) bezeichnet sich als gesundheitlich labil, besorgt und eher ziemlich krank.
Die Mehrzahl der Patienten (68%) definiert die Funktion des Krankenhauses konform als rein organbezogene und erwartet vom Patienten, mit sonstigen Problemen allein fertig zu werden (56%). Bei einer hohen Zahl Unentschiedener (30,8%) vermutet die Mehrheit (61%), daß das Pflegepersonal anspruchslose Patienten mehr schätze.
Dabei findet sich im zweiten Teil des Bogens ein interessanter Kontrast zwischen den Antworten auf mehr allgemein (Items 18,25,26) bzw. konkret (Items 16,17,2o,21, 23,28) formulierte psychosoziale Bedürfnisse betreffende Fragen. Ein knappes Drittel der Patienten findet sehr wichtig, daß im Krankenhaus auf die Persönlichkeit des Patienten eingegangen werde, fast alle (79,5%) legen großen Wert darauf, sich geborgen und gut versorgt zu fühlen. Ähnlich hohe Zahlen fanden sich zur Wichtigkeit, keine Angst zu haben, nicht alleine gelassen zu werden, letzteres besonders, wenn man jemand nötig habe. Je weiter also die Frage auf die unmittelbar einsehbare persönliche Relevanz zielt, desto greifbarer wird sie den Patienten. Große Wichtigkeit wird auch einem positiven Verhältnis zu Ärzten und Pflegepersonal, und auch zu den Mitpatienten beigemessen. An allererster Stelle rangieren die Bedürfnisse nach gesundheitlicher Versorgung und Information über die Krankheit, es folgen kommunikative und

emotionale Bedürfnisse.
Schwierigkeiten der Patienten mit Abstraktionen zeigte die vorzunehmende Rangordnung vorgegebener Bedürfnisse, indem hier mehr Patienten nicht antworteten. Information und körperliches Wohlbefinden führen gering vor Geborgenheit, nachgeordnet ist der Wunsch nach ansprechender Umgebung. Die dichte Folge der drei Erstgenannten zeigt, daß es eigentlich nicht sinnvoll ist, diese Bedürfnisse, die ja ganz verschiedene sich ergänzende Bereiche abdecken, gegeneinander auszuspielen.

4.4.3.2 Bogen über Erfahrungen der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes

Die Antworten auf die Fragen, die sich mit der formalen Anpassung des Patienten ans Krankenhaus befassen (1,3,5, 16,17), legen das weitgehende Fehlen von Anpassungsschwierigkeiten nahe, zumindest solchen, die bewußt geworden und am Ende des Krankenhausaufenthaltes noch erinnerlich gewesen sind. Nur jeder vierte bis fünfte berichtet über Eingewöhnungsschwierigkeiten und Verhaltensunsicherheiten oder fühlt sich doch eher eingeschränkt. Wenn man den allgemeinen Diskussionen über die Krankenhausproblematik nicht nur in der medizinpsychologischen Literatur, sondern auch in der Öffentlichkeit folgt, hätte man höhere Werte erwartet. Hier zeichnet sich wieder der vorn beschriebene Kontrast zwischen theoretischer Spannungsgeladenheit und pragmatischer relativer Reibungslosigkeit beim Einfügen der Patienten in ihre Rolle ab. Möglicherweise ist ein Fragebogen nicht in der Lage, die gedanklichen Strategien, mit denen die Patienten sich ihre Situation annehmbar machen, außer Kraft zu setzen und einer kritischeren Haltung Platz zu machen. Dies kann sich mehr im Rahmen eines Gespräches ereignen.

Gegenüber der nach den Patientenaussagen im wesentlichen gelingenden formalen Anpassung steht die schwierige emotionale Anpassung ans Krankenhausmilieu (2,4,8,9,12,19, 25,26,3o,34,36). Hier berichten mehr Patienten über Probleme, wobei sich jeweils zwischen 15 und 25% unentschieden aussprechen. Über Einsamkeit, Angst und Hilflosigkeit klagt jeder fünfte bis sechste. Nicht entspannt, nervös, niedergeschlagen, unausgeglichen oder besorgt fühlte sich jeder dritte bis zweite Patient. Hier färben die persönlichen Schwierigkeiten des Einzelnen seine Situation als Krankenhauspatient ein.

Betreffs der Aufmerksamkeit gegenüber Krankheitssymptomen, dem Versuch nach möglichster Kooperation und des Wunsches nach krankheitsbezogener Information wiederholt sich das Obengesagte (Items 7,1o,11,13,15,2o,21).
Deutlich wird wieder die Bereitschaft, Ärzte (82%) und Schwestern (81%) möglichst wenig zu beanspruchen, um als angenehmer Patient zu gelten (Items 18,31,33,37) (95%). Dies wird problematisch, wenn man bedenkt, daß zu einer aktiven Kooperation des Patienten auch das aktive Beanspruchen gehört und passives sich Zurückziehen in oberflächliche Gefügigkeit bequem ist, ohne weiterzuführen. Dabei handelt es sich hier um eine Verhaltensbereitschaft, die die Patienten in ihrer Rollenkonzeption schon mitbringen, die Initiative wird hier mit Sicherheit nicht vom Patienten ergriffen werden, sondern es muß dem in aktiver Weise entgegengetreten werden.
Zu diesem Rückzug korrespondiert das Bedürfnis nach mehr Gespräch, daß 4o% der Patienten äußerten.

Diese relative kommunikative und gefühlsmäßige Isolation drücken weitere Antworten aus: (Items 27,29,32) ca. nur jeder Vierte findet, die Schwestern hätten sich in ihn einfühlen konnen, 43% verneinen dies. Immerhin je knapp 6o% meinen, man habe für seine Bedürfnisse genug Zeit auf-

gebracht oder sei auf ihn eingegangen. Diese letzten Aussagen sind weitergespannte, somatisch und psychisch zu interpretieren, die Frage nach der Einfühlung berührt klar den psychischen Aspekt; die wenigen positiven Antworten lokalisieren die Versorgungslücke in diesem Bereich.

Negative Affekte, ausgelöst durch im Krankenhaus Arbeitende, berichten weniger Patienten, Langeweile stellt hingegen für fast jeden zweiten ein Situationsproblem dar.

Zusammenfassend äußerten sich zwischen 6o und 7o% der Patienten positiv über den Krankenhausaufenthalt (Items 8, 14,28,34); auf der Kehrseite hatte fast jeder Vierte eher unter der Situation gelitten, jeder Sechste sich nicht wohl bzw. nicht geborgen gefühlt. Auch wo eine Mehrheit zu einer positiven Aussage kommt, darf man deren Bedingtheit durch die Einschränkungen, wie den freiwilligen Kontaktverzicht und der Bereitschaft, unter allen Bedingungen anspruchslos zu sein und zu kooperieren, nicht vergessen. Die Minderheit der Patienten, die auf diesem Hintergrund noch Schwierigkeiten haben, ist deutlich und läßt vermuten, daß diese Zahlen ansteigen, sobald man die restringierten Ansprüche der Patienten in Frage stellt, und damit die unbewußt ablaufenden Adaptionsstrategien.

Insgesamt kann man annehmen, daß eine Mehrzahl der Patienten in der Lage ist, den Krankenhausaufenthalt positiv zu werten, weil sie erfolgreich sind, sich ein mit Kompromissen und Einschränkungen labiles Gleichgewicht zu schaffen und zu erhalten, wobei ein wesentlicher Risikofaktor darin besteht, daß die Lasten dieses Gleichgewichtes gant von der einen Seite zu tragen sind.

4.4.3.3 Bogen zur Einschätzung der Situation der Patienten durch die Angehörigen des Pflegepersonals

Auch das Pflegepersonal sieht die formale Anpassung der Patienten überwiegend komplikationslos (1,3,5,16,17) und schätzten die Kooperationsbereitschaft der Patienten sehr hoch ein.
Etwas vorgreifend läßt sich sagen, daß im allgemeinen in diesen Fragen die Sichtweisen von Personal und Patienten gut übereinstimmten, beide orientierten sich an einer positivistischen und eher unkritischen Einstellung zum Krankenhaus: erwartet wird, daß ein Patient sich glatt einfügt und möglichst um Kooperation bemüht ist, die Situation also selbstregulierend bewältigt.
Einstellung zur Krankheit und Informationsstand sehen die Angehörigen des Pflegepersonals kritischer als die Patienten, sie halten sie für weniger aufmerksam, weniger gut informiert, weniger belastet und nicht so schwer krank wie die Patienten sich selber (Items 7,15,1o,11,13, 2o,21,29,35,36).
Die emotionale Situation der Patienten sehen die Angehörigen des Pflegepersonals kritischer (Items 2,4,8,9,12, 19,25,26,3o), zum Teil labiler als die Patienten selber. Die Wahrnehmung des deutlich problematischen emotionalen Zustandes sticht von der Einschätzung des formal glatten Ablaufes ab und führt zu Gefühlen von Schuld und Insuffizienz; man meint, 6o% der Patienten habe das Bedürfnis nach mehr Gespräch gehabt, bei 25% blieb das Gefühl, für die Bedürfnisse des Patienten nicht genug Zeit aufgebracht zu haben, bei fast 3o% der Patienten gab man zu, man habe sich nicht recht vorstellen können, was im Patienten vorgegangen sei (eine Zahl, die immerhin deutlich unter der der Patienten, die dies in 43% verneinen,liegt).

Weiter verwickelt wird die Situation dadurch, daß die Einschätzung der Situation der Patienten durch Angehörige

des Pflegepersonals ja immer auch deren Selbsteinschätzung beinhaltet, indem ihr Tun direkt das Befinden der Patienten mit beeinflußt. Die Wahrnehmung von Befindensstörungen der Patienten bringt in Konflikt mit dem eigenen Berufsethos, das verlangt, daß ein gut versorgter Patient sich wohlfühlen soll und zumindest die Frage stellen läßt, ob ein offensichtlich sich nicht wohl fühlender Patient vielleicht nicht zureichend versorgt sei. Die Wahrnehmung eines solchen Sachverhaltes (Angst, Einsamkeit, Depression) strapaziert die Abwehr des im Krankenhaus Arbeitenden (sei es Schwester, Pfleger oder Arzt) und konfrontiert ihn mit der mangelnden Effizienz seiner Bemühungen. Er wird mindestens versucht sein, die Ursachen hierfür in der Person des Patienten oder der Arbeitssituation zu suchen (was öfter auch berechtigt ist), um die für ihn entstehende Spannung zu mindern oder sich der Wahrnehmung überhaupt zu entziehen versuchen.
Die einseitige Ausrichtung auf den technisch-pragmatischen Sektor zusammen mit Arbeitsüberlastung und unzureichender Ausbildung in diesen Dingen verhindert eine wirksame Auseinandersetzung und verewigt die bestehenden Probleme.
In den Antworten auf die resumierenden Fragen (Items 6, 14,23) findet man zu der positiven Einschätzung zurück: knapp ein Drittel der Patienten habe unter der Situation eher gelitten, je ein Fünftel große Sorgen gehabt bzw. sich im Krankenhaus gar nicht wohl gefühlt, rund 70% würden vermutlich gute Erinnerungen an den Krankenhausaufenthalt mitnehmen.
Betreffend der körperlichen Bedürfnisse der Patienten kann sich das Krankenhaus als in der Regel durchaus erfolgreich betrachten, die Probleme finden sich auch in der Sicht des Pflegepersonals vorwiegend, was die psychosozialen Belange der Patienten betrifft.

4.4.3.4 Die Auswertung der Interviews

Der Bogen gliedert sich in zwei Teile, der erste beschäftigt sich mit Gesprächsverlauf und -atmosphäre, der zweite mit dem, was die Patienten zu verschiedenen Aspekten ihrer Situation berichteten.
Bei der größeren Zahl der Patienten war es möglich, z.T. nach anfänglicher Reserviertheit des Patienten, in ein Gespräch einzutreten. Es entwickelten sich eine Reihe unterschiedlicher Typen von Gesprächen, deren Gestaltung offensichtlich mit der Lage des Patienten zusammenhing, die zunächst kurz geschildert werden.

Steife, förmliche, anamneseartige Gespräche mit Pflichtfragen und -antworten, in denen es bis zum Ende nicht gelang, bestehende Vorbehalte auszuräumen, entwickelten sich häufig mit Patienten, die ihre offensichtliche Unzufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt nicht verbalisieren wollten oder konnten bzw. in rollenkonformer Gefügigkeit eine offene Ablehnung nicht wagten. Einsilbigkeit oder im Gegenteil vordergründige wortreiche Zufriedenheit ließen die Angaben gleich unglaubwürdig erscheinen (n = 15, 12,5%).

Mit zufriedenen, wenig problematischen und problematisierenden Patienten entwickelte sich eine lockere, nicht sehr tiefgehende Unterhaltung (n = 31, 25,8%).

Eine z.T. sehr emotional eingefärbte Diskussion über das Krankenhaus boten einige Patienten, die ihre Unzufriedenheit mit dem Krankenhaus artikulieren konnten. Sie zeigten deutlich ihre Wut, Enttäuschung und Aggression, begründet in der Enttäuschung z.T. übersteigerter Hoffnungen, im Krankenhaus die Lösung für ihre Probleme zu finden (n = 32, 26,6%).

Mit einigen Patienten entwickelte sich eine sachlich-distanzierte Diskussion über Probleme des Krankenhauses.

Andere Patienten zeigten sich kaum interessiert an einem Gespräch über das Krankenhaus; dieses Thema bildete nur den Ansatzpunkt, über die eigene Lebenssituation zu sprechen, z.B. ihre sozialen, beruflichen oder familiären Probleme zu schildern, sich "einmal auszusprechen " (n = 32, 26,7%).

Mit einigen Patienten entwickelte sich die vorgenannte Situation zu einem tiefgehenden Interview (n=1o, 8,3%).

Insgesamt ergaben sich die tiefergehenden Gespräche mit Patienten, die unter dem Druck von Problemen das Gesprächsangebot aufnahmen und für ihre Bedürfnisse nutzten, bei den ganz zufriedenen und entspannten Patienten bestand sozusagen kein Anlaß, sich besonders mit ihrer Situation auseinanderzusetzen. Die Items zu Gesprächsverhalten und -atmosphäre (3-1o, 12-21) geben diese Gesprächstypen wieder.
Bei der Beschreibung des Charakters der Schilderungen der Patienten fällt die relativ hohe Tendenz zu angepaßtem Verhalten und Konformität in den Ansichten auf, dies entspricht der bevorzugt abwartend-rezeptiven Haltung gegenüber den Problemen im Krankenhaus, der meist guten äußerlichen Angepaßtheit und der relativ hohen erklärten Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt (149,15o, 152, 28-32).
Dabei ließ sich, wie auch bei anderen Untersuchern beschrieben, beobachten, daß die Patienten auf pauschal gestellte Fragen mehr rollenkonform, auf Fragen nach einzelnen Aspekten mehr individuell und z.T. kritisch eingingen. Auch hier fanden sich in den Gesprächen wesentlich mehr kritische Äußerungen als im schriftlichen Material, z.B. berichtete 4o% der Patienten über Probleme mit dem Krankenhausaufenthalt, die entsprechenden in den Bögen gefundenen Zahlen liegen zwischen 1o und 2o%.

Der zweite Teil des Bogens beschäftigt sich mit den Berichten der Patienten über den Krankenhausaufenthalt. In der beschriebenen Weise findet man bei Fragen nach der Anpassung an den Stationsalltag, daß sich ca. drei Viertel der Patienten ihren Aussagen nach problemlos anpassen kann, ca. ein Fünftel meinen, das Leben im Krankenhaus strenge sie an und labilisiere sie.
Meistens den Ausgangspunkt und öfter das zentrale Thema bildete die Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Krankheit, wo eine hohe Gesprächsbereitschaft bestand. Bei zwei Drittel der Patienten entstand der Eindruck, die Krankheit und Selbstbeobachtung stehe sehr im Mittelpunkt. Für fast die Hälfte der Patienten bedeutet die Krankheit einen Einschnitt in ihr Leben, zwei Drittel fühlen sich durch die Krankheit akut seelisch sehr belastet, 50% haben konkret Angst davor, fast ebenso viele sehen auf längere Zeit hinaus soziale und emotionale Probleme auf sich zukommen, was Einschränkungen in der Lebensführung, Behinderungen oder Angst vor Rückfällen besonders betrifft. Anzumerken ist, daß diese Ängste längst nicht immer rational begründet waren und oft nur zögernd vorgebracht wurden. Eine tendentiell resignative Einstellung zur Krankheit folgt aber bei ca. 40% der Patienten.
Die die Information über Krankheit betreffenden Items erbringen wieder die bekannten Ergebnisse. Ebenso beschreiben sich die Patienten als äußerst bereit, bei medizinischen Maßnahmen kooperativ und ziemlich belastbar zu sein. Diese Tendenz bestand im Gespräch noch deutlicher als im Fragebogen.

Über Familie, Beruf und soziale Bezüge zu sprechen, waren die Patienten sehr bereit und sprachen darüber häufig in emotional betonter Weise, während sie sich über das noch wichtigere Thema Krankheit häufiger distanziert äußerten.

Deutlich wurde nicht nur das durchgängig gegebene Bestehenbleiben des psychischen Kontaktes zur Außenwelt (die meisten beschäftigen sich in Gedanken sehr damit), sondern auch die Wichtigkeit der konkreten Kontakte, die, wo das Familienleben einigermaßen intakt war (knapp drei Viertel), zu einer wichtigen Quelle der Stützung und Ermutigung wurde. Knapp ein Drittel lebte in einer von beruflichen, sozialen oder familiären Konflikten, die den Kontakt zu einer zusätzlichen Labilisierung werden ließen. Zwei Drittel der Patienten erwarten die Entlassung mit freudigen Gefühlen, mehr noch nehmen eine problemlose Eingewöhnung zuhause an, allerdings nur 42% rechnen nicht weiter mit gesundheitlichen Problemen, fast die Hälfte erwartet eine mehr oder weniger schwierige Rekonvaleszenzphase oder dauernde Beeinträchtigung; hier liegen die korrespondierenden Fragebogenzahlen etwas niedriger. Auf ihr Innenleben, Gedanken, Gefühle und Probleme angesprochen, zeigten sich mehr Patienten verschlossen und wenig mitteilsam als bei den anderen Themen.

Tabelle 16:

Patient äußert sich					zu
mitteilsam	+	+	+	verschlossen	
% 30	31	21	16	0	Stationsalltag
67	20	5,7	5,8	-	Krankheit
35	25	8	19	10	Innenwelt
53	20	10	11	4,2	Außenwelt
distanziert	+	+	+	emotional	zu
21	38	20	14	5	Stationsalltag
23	26	10	23	15,8	Krankheit
15	23	10	29	22	Innenwelt
4,2	9,3	18,6	33,1	34,7	Außenwelt

Als sehr wichtigen Inhalt ihrer Gedanken bezeichnen 70% der Patienten die Krankheit, nur 10% das Krankenhaus; sehr wichtig sind auch Familie (76,5%) und Zukunft (74%).

30% der Patienten sehen sich speziell im Krankenhaus vielen Problemen unterworfen, fast 60% empfanden überhaupt viele Probleme, eine sehr wichtige Ursache hiervon sehen ca. zwei Drittel in der Krankheit, je ca. ein Drittel in beruflichen und familiären Fragen und in ihrer eigenen Persönlichkeit.

Die Art der inneren Auseinandersetzung mit den oft jahrzehntelang bestehenden Problemen wirkte in fast 50% der Fälle resignativ und mutlos.

Die Einschätzung der für die Patienten während des Krankenhausaufenthaltes dominierenden Gefühlsregungen ergibt, daß knapp die Hälfte der Patienten sich in einer chronisch angespannten psychischen Situation, die sich bei je ca. 20% genauer als Angst oder Einsamkeit bezeichnen läßt, und man denkt unwillkürlich an das Schlagwort von der veranstalteten Depressivität (Rohde).

4.4.4 Faktorenanalysen

Über die einzelnen Fragebogen sind Faktorenanalysen gerechnet worden. Abbruchkriterium bei der Auswahl der weiterverwendeten Faktorenlösung war der Scree-Test. Anschließend wurden die Items mit Ladungen größer oder gleich .50 zu einfachen additiven Skalen zusammengefaßt, wobei überlappende Items der Skala mit höherer Ladung zugeordnet wurden.

Im Anschluß an die Übersichtstabelle mit den die einzelnen extrahierten Faktoren definierenden Items folgt deren inhaltliche Beschreibung.

Eine zweite Übersichtstabelle enthält die zusammenfassenden Kurzbezeichnungen der Faktoren in beiden Polaritäten und statistische Angaben über deren Anteil an der Gesamt- bzw. der extrahierten Varianz.

Tabelle 17: Faktorenanalyse

Bei der Formulierung der Items wurde das Vorzeichen der Ladung schon mit einbezogen.

Bogen	Faktor	Item-Nr.	Item-Ladung	Item-Klartext
3/ 1-14 Einstellung zu Krankheit und Krankenhaus	1	2	.6654	Medizinische Dinge sind ein sehr interessantes Thema
		13	.6591	Wenn ich nicht richtig Bescheid weiß, bemühe ich mich sehr um Information
		3	.5654	Bis ich zum Arzt gehe, muß nicht erst viel zusammenkommen
	2	6	.5834	Im Ganzen habe ich keine widerstandsfähige Gesundheit
		7	.5234	Zur Zeit fühle ich mich recht krank
3/ 15-29 Erwartungen an das Krankenhaus	1			Für mich als Patient ist wichtig,
		21	.7798	daß ich nicht allein gelassen werde
		16	.7843	daß ich keine Angst zu haben brauche
		23	.7380	daß ich das Gefühl habe, verstanden zu werden
		20	.6246	daß ich mich geborgen und gut versorgt fühlen kann
		17	.6327	daß ich mich auch einmal aussprechen kann
		26	.5396	man auf meine Persönlichkeit eingeht

Bogen	Faktor	Item-Nr.	Item-Ladung	Item-Klartext
3/15-29	2	24	.7864	daß ich mich mit meinen Mitpatienten gut verstehe
		27	.6996	daß ich mich mit Ärzten und Pflegepersonal gut verstehe
		25	.577o	daß das Essen mir zusagt
		28	.5o77	daß jemand da ist, wenn ich jemand brauche
4/ 1-33 Erlebnisse im Krankenhaus aus Patientensicht	1	6	.8o67	Alles in allem habe ich unter der Situation ziemlich gelitten
		12	.8o53	Manchmal war ich ganz hilflos
		11	.7997	Insgesamt hat mich meine Krankheit ziemlich belastet
		4	.765o	Öfter fühlte ich mich hier einsam
		9	.7369	Häufig hatte ich Angst
		26	.6366	Ich war oft sehr niedergeschlagen
		1	.5827	Das Eingewöhnen im Krankenhaus fiel mir ziemlich schwer
		15	.5681	Über meinen Gesundheitszustand habe ich mir besonders viel Gedanken gemacht
		8	.5437	Ich fühlte mich gar nicht geborgen
		2o	.5251	Ich glaube, alles in allem war ich recht schwer krank
		2	.5115	Ich war meistens ganz angespannt

Bogen	Faktor	Item-Nr.	Item-ladung	Item-Klartext
4/1-33	1 weiter	3	.5043	Oft wußte ich nicht, wie ich mich im Krankenhaus verhalten sollte
	2	16	.8460	Ich habe mich wenig bemüht, zum glatten Ablauf der medizinischen Maßnahmen beizutragen
		17	.7891	Ich habe mich nicht bemüht, alle Belastungen ohne Klagen auszuhalten
		28	.7821	Im ganzen werde ich wohl schlechte Erinnerungen an diesen Krankenhausaufenthalt behalten
		33	.6954	Ich habe mich nicht bemüht, für das Pflegepersonal ein angenehmer Patient zu sein
		8	.6428	Ich fühlte mich gar nicht geborgen
		5	.6317	Ich konnte mich nicht gut in den Tagesablauf einordnen
		19	.5416	Ich war die ganze Zeit ziemlich nervös
		30	.5274	Manchmal habe ich mich geärgert
		31	.5253	Ich habe nicht versucht, die Schwestern möglichst wenig zu beanspruchen
		25	.5018	Im ganzen fühlte ich mich in meiner Stimmung unausgeglichen
	3	21	.7618	Ich habe mich um Information über meine Krankheit besonders bemüht
		22	.6500	Oft hatte ich das Bedürfnis nach mehr Gespräch

Bogen	Faktor	Item-Nr.	Item-Ladung	Item-Klartext
4/1-33 (Fortsetzung)	3 weiter	13	.7358	Über meine Krankheit und die nötigen Folgen wußte ich sehr gut Bescheid
		7	.6456	Auf meine Krankheitssymptome habe ich sehr geachtet
		15	.5954	Über meinen Gesundheitszustand habe ich mir besonders viele Gedanken gemacht
	4	24	.7123	Ich denke, das Eingewöhnen zuhause wird mir nicht leicht fallen
		29	.5947	Ich glaube, die Schwestern konnten sich manchmal gar nicht vorstellen, was in mir vorging
		23	.5810	Ich hatte insgesamt große Sorgen
		10	.5667	Ich glaube, meine Krankheit hängt auch stark mit seelischen Dingen zusammen
		25	.5640	Im ganzen fühlte ich mich in meiner Stimmung unausgeglichen
		26	.5542	Ich war oft sehr niedergeschlagen
5/ 1-36 Beurteilung durch das Pflegepersonal	1	6	.8402	Alles in allem hat der Patient unter der Situation nicht gelitten
		12	.7949	Der Patient schien niemals hilflos zu sein
		11	.7878	Insgesamt hat ihn seine Krankheit und die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen wenig belastet
		4	.7694	Der Patient fühlte sich hier nicht einsam

Bogen	Faktor	Item-Nr.	Item-Ladung	Item-Klartext
5/1-36 (Fortsetzung)	1 weiter	9	.7511	Der Patient hatte selten Angst
		34	.6696	Der Patient schien sich nicht schwer krank zu fühlen
		26	.6659	Der Patient war selten niedergeschlagen
		1	.6127	Das Eingewöhnen im Krankenhaus fiel dem Patienten gar nicht schwer
		8	.5978	Der Patient fühlte sich ganz geborgen
		2	.5591	Er war meistens ganz entspannt
		15	.5591	Über seinen Gesundheitszustand hat er sich nicht besonders viele Gedanken gemacht
		18	.5292	Von anderen Patienten hat er sich gar nicht zurückgezogen
		2o	.5179	Alles in allem war der Patient nicht schwer krank
		3	.5172	Er wußte, wie er sich im Krankenhaus verhalten sollte
	2	16	.82o5	Er hat sich nicht bemüht, zum glatten Ablauf der medizinischen Maßnahmen beizutragen
		36	.8127	Insgesamt kam ich schlecht mit dem Patienten zurecht
		17	.7938	Er hat sich nicht bemüht, alle Belastungen ohne Klagen auszuhalten
		35	.7687	Der Patient ließ sich ziemlich gehen

Bogen	Faktor	Item-Nr.	Item-Ladung	Item-Klartext
5/1-36 (Fortsetzung)	2 weiter	33	.7567	Er hat sich nicht bemüht, dem Pflegepersonal ein angenehmer Patient zu sein
		28	.7441	Im ganzen wird der Patient wohl schlechte Erinnerungen an diesen Krankenhausaufenthalt behalten
		7	.5781	Der Patient fühlte sich gar nicht geborgen
		5	.5739	Er konnte sich nicht gut in den Tagesablauf einordnen
		31	.5447	Er hat nicht versucht, die Schwestern möglichst wenig zu beanspruchen
		19	.5158	Der Patient war die ganze Zeit ziemlich nervös
	3	21	.7597	Er hat sich um Information über seine Krankheit besonders bemüht
		13	.7296	Über seine Krankheit und die nötigen Folgen wußte er sehr gut Bescheid
		22	.6609	Oft hatte er das Bedürfnis nach mehr Gespräch
		7	.6359	Auf seine Krankheitssymptome hat er sehr geachtet
		15	.5764	Über seinen Gesundheitszustand hat er sich besonders viele Gedanken gemacht

Bogen	Faktor	Item-Nr.	Item-Ladung	Item-Klartext
5/1-36 (Fortsetzung)	4	24	.7215	Ich denke, das Eingewöhnen zuhause wird ihm leicht fallen
		23	.5643	Er hatte insgesamt wenig Sorgen
		29	.5613	Wir konnten uns meistens gut vorstellen, was in ihm vorging
		1o	.5397	Ich glaube, die Krankheit des Patienten hängt mit seelischen Dingen nicht zusammen
		25	.5319	Im ganzen fühlte er sich in seiner Stimmung ausgeglichen
		26	.5288	Er war meistens nicht niedergeschlagen
7 a/ Gesprächsatmosphäre und -verhalten des Patienten	1		.8766	Der Patient zeigte sich im Gespräch zugewandt und freundlich
			.8556	Der Patient zeigte sich vertrauend, offen und mitteilsam
			.8299	Der Gesprächsverlauf gestaltete sich unproblematisch
			.8o4o	Der Patient stand dem Gespräch positiv gegenüber
			.8o2o	Es bestand ein guter Kontakt
			.7889	Das Gespräch war persönlich
			.7474	Der Patient war beim ersten Kontakt zugewandt und freundlich
			.7149	Das Gespräch hat den Charakter einer ernsthaften Unterhaltung

Bogen	Faktor	Item-Nr.	Item-Ladung	Item-Klartext
7 a (Fortsetzung)	1 weiter		.7o3o	Der Patient ging auf Fragen hinreichend ein
			.6773	Der Beginn des Gespräches war unproblematisch
			.6117	Das Gespräch war tiefgehend
			.6o59	Der Patient zeigte sich affektiv durchlässig
			.58o4	Der Patient zeigte sich selbstbewußt, sicher und entspannt
			.5668	Es bestand kein Anlaß, die Angaben des Patienten zu bezweifeln
			.5638	Der Patient war mitteilsam über den Stationsalltag betreffende Fragen
			.5281	Der Patient verfügt über eine differenzierte Sichtweise
	2		.7781	Der Patient erklärt sich zufrieden mit dem Krankenhausaufenthalt
			.7o39	Der Patient konnte sich erfolgreich anpassen
			.7oo5	Der Patient äußert sich nicht in anklagender Weise
			.6925	Der Patient äußert sich nicht in aggressiver Weise
			.6739	Der Patient sieht am Krankenhaus für sich keine Probleme
			.6533	Der Patient dramatisiert die Dinge nicht

Bogen	Faktor	Item-Nr.	Item-Ladung	Item-Klartext
7 a (Fortsetzung)	2 weiter		.6264	Seine Schilderung ist nicht von Dramatisieren geprägt
			.6187	Der Patient ist mitteilsam zu Fragen über seine Krankheit
			.5775	Der Patient stellt keine Fragen, er sucht keine Beratung
			.5729	Der Patient ist nicht hilfesuchend und vereinnahmend
			.5332	Der Patient äußert sich nicht kritisch
			.5323	Das Gespräch war relativ kurz
			.5081	Die Stimmung war eher hypomanisch
	3		.7665	Der Patient spricht viel
			.6463	Der Patient ist im Gespräch sehr aktiv
			.6444	Der Patient ist psychomotorisch lebhaft
			.6107	Der Patient unterbrach eher oft
			.6011	Der Patient äußert sich nicht resignierend
			.5751	Die Stimmung war eher hypomanisch
			.5608	Der Patient äußert sich spontan
	4		.7737	Der Patient äußert sich distanziert über seine Gefühle
			.7194	Die Schilderungen des Patienten sind von Distanz geprägt

Bogen	Faktor	Item-Ladung	Item-Klartext
7 a (Fortsetzung)	4 weiter	.7168	Der Patient ist bei Fragen zu seinem Innenleben verschlossen
		.6467	Der Patient spricht distanziert von seinem Alltagsleben
		.5900	Der Patient spricht vorwiegend über äußere Realitäten
		.5514	Der Patient ist bei Fragen zu seinem Alltagsleben verschlossen
		.5297	Der Patient spricht spontan nicht über seine Probleme
	5	.5838	Der Patient verfügt über eine differenzierte Sichtweise
		.5600	Seine Schilderungen sind von Kritik geprägt
		.5391	Er verhält sich nicht im Rollenstereotyp, unterwürfig und angepaßt
		.5248	Er bietet konstruktive Kritik und Lösungsvorschläge
		.5061	Er sieht die Dinge realistisch
7 b Erfahrungen des Patienten im Krankenhaus, Interview	1	.8433	Die familiäre Situation des Patienten wirkt konfliktfrei
		.8361	Der Patient fühlt sich in seinem sozialen Rahmen sicher und geborgen
		.7823	Seine beurfliche und soziale Situation wirkt positiv

Bogen	Faktor	Item-Ladung	Item-Klartext
7 b (Fortsetzung)	1 weiter	.7681	Sein Kontakt zur Außenwelt ist stützend und befriedigend
		.7567	Er hat keine Probleme in seiner beruflichen und sozialen Situation
		.7480	Er hat keine Probleme in seiner familiären Situation
		.6534	Er freut sich auf das Nachhausekommen
		.5324	Er hat keine Probleme mit sich selber
		.5170	Er meint, seine Eingewöhnung zuhause wird problemlos
		.5154	Er denkt wenig an Probleme
	2	.8438	Der Patient äußert seine Gefühle
		.9177	Der Patient ist mitteilsam über seine Innenwelt
		.7880	Er äußert sich emotional über seine Innenwelt
		.7313	Er ist mitteilsam über sein Leben außerhalb des Krankenhauses
		.7105	Er spricht emotional über sein Leben außerhalb des Krankenhauses
		.6659	Er erwartet Empathie und Verständnis
		.5977	Er redet emotional über seine Krankheit
		.5526	Er akzeptiert (seine) Gefühle
		.5107	Er äußert sich emotional über den Stationsalltag
		.5049	Seine Gedanken kreisen um seine Familie

Bogen	Faktor	Item-Ladung	Item-Klartext
7 b	3	.8045	Der Patient paßt sich bereitwillig an
(Fortsetzung)		.7410	Er meint, dieser Krankenhausaufenthalt habe seine Meinung zum Krankenhaus positiv beeinflußt
		.7306	Er findet seinen Kontakt zu den Schwestern befriedigend
		.7180	Der Stationsalltag wirkt auf ihn eher beruhigend
		.7173	Das Krankenhaus ist für ihn keine Ursache persönlicher Probleme
		.7005	Er empfindet den Kontakt zu den Ärzten als befriedigend
		.6985	Er denkt wenig über das Krankenhaus nach
		.6857	Er verleugnet Probleme nicht
		.6764	Er ist mit dem Essen zufrieden
		.6719	Er ist mit den Räumlichkeiten zufrieden
		.5799	Es gab keine besonderen Auseinandersetzungen
		.5583	Die Visite war für ihn keine Quelle der Belastung und Aufregung
		.5365	Er erlebt sein Durchsetzungsvermögen als ausreichend
		.5301	Er erlebt den Kontakt zu Mitpatienten befriedigend
	4	.8110	Die Krankheit bedeutet für ihn keinen Einschnitt in sein Leben
		.7825	Die Krankheit macht ihm keine Angst
		.7758	Die Krankheit belastet ihn seelisch nicht weiter

Bogen	Faktor	Item-Ladung	Item-Klartext
7 b (Fortsetzung)	4 weiter	.7725	Der Patient glaubt, sein Leben nachher normal weiterführen zu können, erwartet also vollständige Heilung
		.7639	Die Krankheit ist für ihn keine Ursache seiner persönlichen Probleme
		.7502	Er denkt wenig an seine Krankheit
		.7116	Er empfindet wenig Probleme
		.6999	Er glaubt, seine gesundheitliche Rehabilitation werde unproblematisch
		.6813	Er zeigt sich Problemen gegenüber nicht resignierend
		.6764	Er beschäftigt sich wenig mit seiner Krankheit
		.6527	Er denkt wenig über seine Zukunft nach
		.6392	Er denkt wenig über Sorgen und Probleme nach
	5	.7264	Er fühlt sich ausreichend informiert
		.6861	Er konnte sich mit seinem Informationsbedürfnis durchsetzen
		.5651	Sein Informationsstand über die Krankheit scheint gut zu sein
		.5309	Er tritt Problemen gefaßt und realistisch gegenüber
		.5285	Er möchte weitere Erklärungen haben
		.5243	Er steht innerlich in Bezug zur Außenwelt

Bogen	Faktor	Item-Ladung	Item-Klartext
7 b (Fortsetzung)	6	.8197	Er hat keine schrecklichen Erinnerungen an einzelne Eingriffe
		.7821	Er hatte keine Angst vor und während der Eingriffe
		.6687	Er wußte vorher ungefähr, was ablaufen wird
		.6295	Er fühlte sich während der Eingriffe nicht ausgeliefert
7 c	1	.8404	Der Patient fühlte sich überwiegend entspannt
		.8376	Der Patient war nicht nervös
		.8308	Er war in seiner Stimmung ausgeglichen
		.8157	Er litt nicht unter Niedergeschlagenheit und Depressivität
		.7802	Er spürte wenig Angst
		.7401	Er lebte in Hoffnung und Zuversicht
		.7200	Er litt nicht unter Einsamkeit
		.7142	Er hat unter der Situation nicht gelitten
		.6741	Er hatte nicht das Bedürfnis nach mehr Gespräch
		.6096	Er fühlte sich ganz geborgen
		.6077	Er hat sich im Krankenhaus wohlgefühlt
		.5474	Er meint, man habe für seine Bedürfnisse genügend Zeit aufbringen können

Bogen	Faktor	Item-Ladung	Item-Klartext
7 c	2	.8420	Der Patient ärgerte sich
(Fortsetzung)		.8311	Der Patient fühlte sich bevormundet
		.8011	Der Patient fühlte sich sehr eingeschränkt
		.6294	Er konnte sich schlecht in den Tageslauf einordnen
		.5907	Er hat sich im Krankenhaus nicht wohlgefühlt
		.5798	Er litt unter Langeweile
		.5720	Er fühlte sich vernachlässigt
		.5686	Er fühlte sich gekränkt
		.5040	Er fühlte sich nicht geborgen
7 c	3	.6908	Er hat sich nicht bemüht, zum glatten Ablauf der medizinischen Maßnahmen beizutragen
		.6500	Er hat sich nicht aktiv um Information bemüht
		.5764	Er hat sich nicht bemüht, alle Belastungen klaglos auszuhalten
		.5637	Der Patient war oft ganz hilflos

Von den 14 Items, in denen der Patient seine Einstellung zu Krankheit und Krankenhaus äußert, wurden 5 der Zweifaktorenlösung zugeordnet; der erste Faktor beschäftigt sich mit dem Interesse des Patienten an medizinischer Aufklärung, hohe Werte kennzeichnen ein hohes Interesse an medizinischer Aufklärung und eine niedrige Kontaktschwelle zu Ärzten, niedere Skalenwerte bedeuten Desinteresse und tendentiell arztvermeidendes Verhalten. Im zweiten Faktor geht es um den momentanen und längerfristigen Gesundheitszustand des Patienten nach seiner eigenen Einschätzung, der bei hohen Skalenwerten angegriffen und labil, bei niedrigen robust und stabil ist.
Zehn der 15 Items über Erwartung des Patienten an das Krankenhaus gehen in die Zweifaktorenlösung ein. Der zweite Faktor bezieht sich auf die Einschätzung von Kommunikation, hohe Werte bedeuten, daß für den Patienten eine befriedigende Kommunikation mit allen Kontaktpersonen im Krankenhaus sehr wichtig ist, als Grundlage dafür, daß er in Situationen, in denen er jemand braucht, nicht allein gelassen werde. In den Items des ersten Faktors geht es um eine passivere Art des Wunsches nach Abwesenheit emotionaler Beeinträchtigungen und den Wunsch nach angstfreier Geborgenheit und Anteilnahme, hohe Skalenwerte entsprechen der hohen Einschätzung dieser Bedürfnisse.

Der Fragebogen, in dem der Patient über seine Erlebnisse im Krankenhaus berichtet, enthält in der hier für die Faktorenanalyse verwendeten Kurzform 33 Items, von denen 3o in der extrahierten Vierfaktorenlösung Verwendung fanden.
Der erste Faktor beschreibt die klassischen Leiden des Krankenhauspatienten: Deprivation, Depression, Angst, Einsamkeit, Sorgen, Belastung und Verhaltensunsicherheiten. Hohe Skalenwerte hier beschreiben einen Patienten, der extrem unter der gesamten Situation im beschriebenen

Sinne leidet, der nach Eingewöhnungsschwierigkeiten häufig Verhaltensschwierigkeiten hat, sich dauernd niedergeschlagen, alleine und in Angst und Sorgen fühlt; er verbleibt in stummem Leiden.
Auf der anderen Seite steht ein Patient, dem es gelungen ist, sich flüssig in den Krankenhausbetrieb einzufügen, der keine großen Sorgen, Belastungen oder Ängste verspürt und sich wohl und geborgen fühlen kann.

Im zweiten Faktor geht es um einen anderen Aspekt der Anpassung; während im ersten der der emotionalen Reaktion im Inneren des Patienten betroffen ist, geht es hier um Anpassung in einem mehr aktiven Sinn an die äußeren Erfordernisse der Patientenrolle im Krankenhaus und deren kommunikativen Aspekt. Hohe Skalenwerte bedeuten Probleme mit dem sich Einfinden in diese Anforderungen: Kooperation, Gefügigkeit und Selbstdisziplin; die angespannte Grundstimmung wird durch Vorherrschen von Ärger und Nervosität akzentuiert, die Reaktion ist von Aufbegehren, Aggression und Verweigerung geprägt, es entsteht das Bild eines im Umgang schwierigen Patienten, mit dem keiner gut zurechtkommen kann und um und mit dem es (zumindest latent) eine Menge Auseinandersetzungen gibt.
Dem gegenüber steht bei niedrigen Skalenwerten ein sich bereitwillig in die Rollenerfordernisse einfügender Patient, mit dem alle gut zurechtkommen und der einerseits gelassen mitmacht, was von ihm erwartet wird, andererseits von selber sich bemüht, nicht zuviel zu fordern.

Die Items des dritten Faktors beschäftigen sich mit der krankheitsbezogenen Information und innerer Auseinandersetzung mit der Krankheit und Beschäftigung mit ihren Symptomen. Patienten, die hier hohe Skalenwerte erreichten, äußern starkes Interesse an Information, und damit spüren sie ein starkes Bedürfnis nach mehr Gespräch. Im anderen Falle ist das Interesse gering, das Kontaktbedürf-

nis weniger ausgesprochen.
Der vierte Faktor faßt die psychische und soziale Situation im allgemeineren Sinne, ein Patient mit hohen Skalenwerten hier beschreibt seine psychosoziale Situation als labil und gespannt: ständig niedergeschlagen und besorgt fühlt er sich kontaktmäßig isoliert und befürchtet das Bestehenbleiben dieser Probleme auch für die Zeit nach der Entlassung.
Man kann annehmen, daß diese auf den ersten Blick schwer erklärlichen Befindensstörungen des Patienten zu diagnostischen und therapeutischen Problemen führen, indem die Kommunikation gestört ist, der Patient sich isoliert fühlt und im Krankenhaus ein Teil fürs Ganze genommen wird, nämlich die Krankheit, die aber nur eine Quelle des belasteten Zustandes ist, behandelt wird.
Ein Patient mit hier niedrigen Werten auf diesem Faktor findet seine Situation zufriedenstellend, er fühlt sich entspannt, kontaktfähig und erwartet eine unproblematische Rückkehr in seinen vorherigen Lebensbereich.

Der Beurteilungsbogen für die Angehörigen des Pflegepersonals enthielt 36 Items, von denen 32 in eine Vierfaktorenlösung einbezogen wurden, die in ihrer Itemstruktur praktisch identisch mit der der Selbsteinschätzung des Patienten ist.

Für die Beurteilung der Gesprächsatmosphäre fand sich eine Fünffaktorenlösung, in die 48 der 57 Items eingingen. Die ersten 2 Faktoren beschreiben zwei typische Gesprächssituationen, die anderen Formen des Gesprächsverhaltens der Patienten. Hohe Skalenwerte auf dem ersten Faktor beschreiben ein Gespräch in gutem Kontakt und gelöster Atmosphäre mit relativ unproblematischem Verlauf und einem Patienten, der freundlich, offen, interessiert und bereit war, sich ernsthaft, differenziert tiefgehend mit den an-

gesprochenen Problemen auseinandersetzen und einen konstruktiven Beitrag zum Ganzen zu leisten. Auf der anderen Seite steht ein schwierig verlaufendes Gespräch mit einem verschlossenen und mißtrauischen Patienten, der gleichgültig und oberflächlich zweifelhafte Angaben machte, und mit dem der Kontakt dauernd gestört war. In diesem Faktor geht es in erster Linie um die Dimension der Qualität des Kontaktes und der Bereitwilligkeit des Patienten zu einer positiven Beteiligung.
Der zweite Faktor betrifft die Dimension Tiefgang versus Oberflächlichkeit bzw. differenziert-kritische Auseinandersetzung versus pauschale Zufriedenheit. Ein Patient mit hohen Skalenwerten hier erklärte sich mit dem Krankenhausaufenthalt in globaler Weise zufrieden, hatte sich erfolgreich angepaßt und hatte weder Probleme noch Fragen oder Kritik, bagatellisierte angebotene Problemstellungen, ohne in irgendeiner Weise verschlossen oder unfreundlich zu sein, sondern befand sich im Gegenteil in gutmütig-vergnügter Stimmung, er konnte sozusagen mit problematisierenden Fragestellungen einfach nichts anfangen. Gegenüber steht ein eher gespannter, z.T. gereizter Patient, dessen Unzufriedenheit mit dem Krankenhaus sich in Kritik, z.T. aggressiver und anklagender Art niederschlug und dem Krankenhaus und Anpassung an den Tageslauf eine Fülle von Schwierigkeiten bereitet hatten.
Die drei anderen Faktoren bezeichnen Formen des Gesprächsverhaltens. Beim dritten steht (bei hohen Skalenwerten) ein gesprächiger und lebhafter spontaner, fast übervergnügter einem (bei niedrigen Skalenwerten) starren und verschlossenen depressiven und passiven Patienten gegenüber.
Verschlossenheit in Verbindung mit dem Kleben an äußeren Realitäten in den Schilderungen und distanzierter Art, sich, wenn überhaupt, zu äußern, bezeichnen hohe Skalenwerte auf dem vierten Faktor, niedrige beschreiben einen

offenen und spontanen Patienten, der über innere Realitäten in emotionaler und entspannter Weise zu reden in der Lage ist.
Im fünften Faktor schließlich geht es um die Haltung zu Problemen und Lösungsmöglichkeiten. Hohe Werte drücken eine kritisch-distanzierte Sichtweise, die in realistischer Auseinandersetzung mit den Gegebenheiten Lösungsvorschläge sucht und somit dem Rollenstereotyp nicht folgt, aus, niedere eine pauschal-gleichgültige, die nicht weiter nach Veränderungen der Situation fragen will, ganz im Sinne des Rollenstereotyps.

Die inhaltliche Auswertung des Interviews gliedert sich in zwei Teile. Der erste enthält 7o Items, von denen 46 auf 6 Faktoren extrahiert wurden. Die Faktoren betreffen verschiedene Aspekte des Krankenhausaufenthaltes.

Der erste beschäftigt sich mit der sozialen und familiären Situation, die (bei hohen Skalenwerten) für ihn grundsätzlich positiv, stützend und ermutigend ist, oder im Gegenteil eine Quelle dauernder Belastung und Labilisierung.

Im zweiten geht es um den Zugang, den der Patient zu seiner Gefühlswelt und dem emotionalen Bereich überhaupt findet. Ein hoher Skalenwert bezeichnet einen Patienten mit einem guten Zugang zu seinen Gefühlen und Fähigkeit und Bereitschaft, sie zu akzeptieren, zu verbalisieren und zu kommunizieren; er möchte sich mitteilen und Resonanz finden. Die Gegenposition bildet ein Patient, dem seine Gefühlswelt unzugänglich und verschlossen ist, der große Beträge an Energie für deren Unterdrückung und Abwehr verbraucht und der im Kontakt starr und unzugänglich bleibt und sich emotional isoliert.

Im dritten Faktor geht es um die Anpassung an das Krankenhaus im allgemeinen. Hohe Werte stehen für eine unproblematische Anpassung mit gutem Kontakt, wenig Aufregungen

und Anspannungen und Zufriedenheit mit dem, was das Krankenhaus anbieten kann, wobei wenig Neigung besteht, sich weiter mit diesem Thema auseinanderzusetzen, das Krankenhaus bleibt, obwohl für begrenzte Zeit Lebensraum des Patienten, in seinem Erleben und Denken von untergeordneter Bedeutung. Gegenüber stehen Patienten mit chronischen Anpassungsproblemen emotionaler und formaler Art, für die das Krankenhaus als vermeintliche oder tatsächliche Quelle der Beeinträchtigungen in den Mittelpunkt des Erlebens gerückt ist.

Der vierte Faktor betrifft die Erkrankung, ob sie den Patienten wenig belastet und in sein Leben einschneidet und er volle Heilung erwartet (hohe Skalenwerte) oder ob sie das Leben des Patienten stark verändern und beeinträchtigen wird und ihm dauernd Sorgen über Gesundheit und Zukunft bereiten wird.

Der fünfte Faktor beschäftigt sich mit der krankheitsbezogenen Information, die hohen Skalenwerte bezeichnen den sehr an Information interessierten und gut informierten Patienten.

Das Problem der medizinischen Eingriffe hat der sechste Faktor zum Inhalt; es geht darum, ob sie der 100%ig informierte Patient angstfrei, als nicht traumatisierend (hohe Skalenwerte) oder im Gegenteil als zusätzliche psychische Belastung erlebt hatte (niedere Skalenwerte).

Im zweiten Teil der Interviewauswertung waren 28 Items, die der Selbstbeurteilung der Patienten analog formuliert waren, herausgezogen worden. 24 davon fanden sich in der Dreifaktorenlösung, deren erste 2 inhaltlich mit den ersten 2 aus der Selbstbeurteilung des Patienten bzw. der Fremdbeurteilung durch das Personal entsprechen; der dritte bezeichnet mit hohen Skalenwerten eine passive unkooperative, mit niedrigen eine aktive kooperationsbereite Haltung.

Eine zusammenfassende Tabelle gibt Übersicht über die gefundenen Faktoren. Hinzu kommen jeweils 6 Skalen des Gießentests in Selbst- und Fremdbild. Insgesamt werden so in der weiteren Verarbeitung 38 Skalen benutzt.

Tabelle 18: Übersicht über die Faktoren

Bogen	Faktor	Anteil an der Gesamtvarianz	Anteil an der extrahierten Varianz	Hoher Skalenwert	niederer Skalenwert
3 a	1	39.1543	59.4287	Hohes Interesse an med. Aufklärung	wenig Interesse an med. Aufklärung
	2	25.0877	40.5713	angegriffener Gesundheitszustand	ruboster Gesundheitszustand
3 b	1	55.4034	75.0248	Geborgenheit im Krankenhaus sehr wichtig	Geborgenheit weniger wichtig
	2	15.8091	24.9752	guter Kontakt im Krankenhaus sehr wichtig	guter Kontakt weniger wichtig
4	1	52.6137	57.6885	massive emotionale Anpassungsprobleme, Leiden und Depressivität	gelungene emotionale Anpassung, Geborgenheit
	2	14.4607	16.8154	formale Einordnungsschwierigkeiten, aufbegehrende angespannte Haltung	keine Einordnungsschwierigkeiten, Gelassenheit, kooperative Haltung
	3	12.4260	15.2943	Interesse an aktiver Auseinandersetzung mit der Krankheit und Information	Gleichgültigkeit gegenüber der Krankheit und Information
	4	7.8283	10.2017	psychosoziale Labilität	psychosoziale Stabilität

Bogen	Faktor	Anteil an der Gesamtvarianz	Anteil an der extrahierten Varianz	Hoher Skalenwert	niederer Skalenwert
5	1	52.3940	58.1778	emotional gut angepaßter Patient	emotional schlecht angepaßter Patient
	2	15.9466	18.5167	unangenehmer, aggressiver unkooperativer Patient	angenehmer, entspannter, kooperativer Patient
	3	11.2554	13.9874	interessierter, aktiver, aufgeklärter Patient	desinteressierter, passiver, unaufgeklärter Patient
	4	7.0464	9.3181	psychosozial stabiler Patient	psychosozial labiler Patient
7 a	1	40.9348	46.6621	intensives Gespräch in entspannter Atmosphäre	oberflächliches Gespräch in angespannter Atmosphäre
	2	21.1922	24.5082	zufriedener, bagatellisierender Patient	kritisierender, klagender, unzufriedener Patient
	3	10.4386	12.4942	gutgelaunter, aufgeschlossener, aktiver Patient	gedrückter, passiver, verschlossener Patient
	4	8.0063	9.8596	unzugänglicher, verschlossener Patient	zugänglicher offener Patient
	5	4.9959	6.4759	kritisch-konstruktive differenzierte Sichtweise	unkritisch-pauschale Sichtweise

Bogen	Faktor	Anteil an der Gesamtvarianz	Anteil an der extrahierten Varianz	Hoher Skalenwert	niederer Skalenwert
7 b	1	36.0912	42.3348	Patient mit seiner sozialen Existenz zufrieden	Patient mit seiner soz. Existenz unzufrieden
	2	15.2915	18.2886	guter Zugang zur eigenen Gefühlswelt	Ablehnung der Gefühlswelt
	3	11.6194	14.0250	gelungene Anpassung ans Krankenhaus	Anpassungsprobleme im Krankenhaus
	4	8.8187	10.7057	Krankheit nicht als bedrohlich erlebt	Krankheit als bedrohlich erlebt
	5	7.1455	8.8154	gut informierter Patient	schlecht informierter Patient
	6	4.5843	5.8305	Eingriffe nicht traumatisierend	Eingriffe traumatisierend
7 c	1	54.0000	70.1817	gelungene emotionale Anpassung	mißlungene emotionale Anpassung
	2	13.2080	17.8031	formale und aggressivgespannte Anpassungsprobleme	entspannter gelassener gut angepaßter Patient
	3	8.6214	12.0152	passiver nicht kooperationsbereiter Patient	aktiver kooperationsbereiter Patient

4.4.5 Korrelationen der Skalen untereinander

Die Skalen wurden auf Korrelationen untereinander untersucht. Eine vollständige Korrelationstafel findet sich im Anhang. Im folgenden sollen einige der vielen gefundenen Korrelationen herausgegriffen und interpretiert werden.

4.4.5.1 Einzelne Ergebnisse

Patienten, die ein hohes (Skala 3a 1) Interesse an medizinischer Aufklärung haben, finden eher (Skala 7a 5) (.24 $^{++}$) zu einer kritisch-konstruktiven Haltung im Krankenhaus, sehen sich Eingriffen nicht hilflos ausgesetzt (Skala 7b 6 / .29 $^{++}$) und erwecken den Eindruck eines aktiven und kooperationsbereiten Patienten (Skala 7c 3/ .3o $^{++}$). Sie beschreiben sich im GTS als eher gefügig (Skala 3, .18^{+}), durchlässig (Skala 5 -.28^{++}) und sozial potent (Skala 6-.25); das heißt, sie sehen an sich Eigenschaften, die mit einer befriedigenden Kommunikation zusammenhängen.

Patienten, die ihren Gesundheitszustand als momentan und chronisch angegriffen finden (Skala 3a2) berichten über eine depressiv-zurückgezogene Stimmung im Krankenhaus (Skala 4.1 .32^{++}) und sie betrachten sich sehr häufig als insgesamt psychosozial labil (Skala 4.4 .46^{++}). Das Pflegepersonal erlebt sie als unausgeglichen, unangenehm und schwierig (Skala 5.2 .19^{+}). Die Krankheit wird als bedrohlich erlebt (Skala 7b4 -.28^{++}), der Informationsstand ist schlecht (Skala 7b5 -.32^{++}), Eingriffe traumatisieren den Patienten (Skala 7b6 -.22^{+}).

Bei den Korrelationen der Skalen des Bogens 4, in dem die Patienten über ihre Erlebnisse im Krankenhaus berichten, fällt auf, daß sich Korrelationen mit den korrespondierenden Fremdbildskalen nicht finden. Andererseits

drücken die Korrelationen mit den betreffenden Skalen der Interviewauswertung aus, daß die Patienten wohl in der Lage sind, ihre Situationseinschätzung zu kommunizieren und wenigstens einen Teil ihrer Ansichten und Probleme offen und zugänglich zu machen. Man kann diesen Mangel an Korrelationen eher einem Mangel an (differenzierter) Wahrnehmung anlasten, der mit der genaueren Beschäftigung mit der Problematik des einzelnen Patienten einhergeht. Auf das Problem der Selbst- und Fremdeinschätzung wird in einem späteren Kapitel eingegangen.

Die gefundenen Korrelationen der Skalen des Selbstbildbogen unterstreichen das schon angedeutete Bild des Patienten mit multiplen emotionalen, formalen und krankheitsbezogenen Problemen im Krankenhaus wie im sonstigen Leben, auf der einen und dem relativ problemlos sich anpassen könnenden Patienten auf der anderen Seite (s. weiter hinten).

Die Skalen des Bogens, in dem die Angehörigen des Pflegepersonals die Situation der Patienten beurteilen, ergeben wenig ergiebige Korrelationen. Dies mag zum Teil daran liegen, das die Bogen von verschiedenen Personen ausgefüllt worden sind und die Streuungen bei den einzelnen Items z.T. groß waren. Ob auf der anderen Seite dies nicht auch der Ausdruck einer bestimmten Kommunikationsschwierigkeit zwischen Personal und Patienten ist, die eine präzisere Beschreibung durch die distanzierende und zurückhaltende Wahrnehmung verunmöglicht und so zu nur diffusen Angaben führen kann, ist trotzdem zu überlegen. So korrelieren die Skalen 5.1 (Patient ohne emotionale Anpassungsprobleme) und 5.4 (psychosozial stabiler Patient in der Einschätzung durch das Pflegepersonal) positiv ($.20^{+}$ bzw. $.25^{++}$) mit der GTS-Skala 2, in der sich Patienten als eher gefügig einstufen,als gut integriert und stabil gilt ein Patient, mit dem aufgrund dessen

Gefügigkeit keine weiteren Probleme entstehen. Reibungsloses Auseinandervorbei wird, kann man unterstellen, als angenehm empfunden.

Die Skalen der Interviewauswertung erbrachten Korrelationen, deren wesentliche Aussagen abschließend zusammengefaßt werden. Vorher soll noch kurz auf Korrelationen der Skalen der Gießen-Tests eingegangen werden.

Patienten, die sich selber als eher positiv resonant beschreiben, entwickeln im Interview mehr eine kritisch-konstruktive Haltung (Skala 7a5 $.27^{++}$).
Patienten, die sich eher für gefügig halten (GTS, Skala2), werden vom Pflegepersonal mehr als psychosozial stabil (Skala 5.4 $.25^{++}$) und als nicht unter emotionalen Problemen im Krankenhaus leidend (Skala 5.1 $.20^{+}$) eingeschätzt.

Patienten, die sich eher als depressiv beschreiben (Skala 4) berichten vermehrt über emotionale und formale Anpassungsprobleme im Krankenhaus (Skala 4.1 $.31^{++}$, Skala 4.2 $.23^{++}$) und halten sich für allgemein psychosozial labil (Skala 4.4 $.25^{++}$). Ihre soziale Existenz schildern sie als nicht befriedigend (Skala 7b1 $-.28^{++}$), und sie können sich nicht problemlos ans Krankenhaus anpassen (Skala 7b3 $-.18^{+}$), sondern wirken unkooperativ und hilflos (Skala 7c3 $.34^{++}$).
Patienten, die sich im GTS als retentiv schildern (Skala 5), drücken ein geringeres Interesse an medizinischer Information (Skala 3a1 $-.28^{++}$) aus, haben häufiger Anpassungsschwierigkeiten (Skala 7b3 $-.21^{+}$), besonders emotionaler Art (Skala 7c1 $-.29^{++}$), aber auch formaler (Skala 7c2 $-.21^{+}$) und sind vermehrt hilflos und unkooperativ (Skala 7c3 $.21^{+}$). Dies wirft ein Licht auf den Zusammenhang zwischen der Fähigkeit zu unbeschwerter Kommunikation und Kontaktfähigkeit mit anderen und den Problemen eines Patienten im Krankenhaus auf.
Patienten schließlich, die sich als sozial potent, erfolg-

reich im Kontakt beschreiben (GTS Skala 6), sind interessiert an medizinischer Information (Skala 3a1 $-.25^{++}$), gut informiert (Skala 7b5 $-.22^{+}$), erlebten Krankheit und Eingriffe nicht als traumatisierend (Skala 7b4 $-.28^{++}$ und 7b6 $-.3o^{++}$). Mit ihnen kam es zu einem ergiebigen Gespräch in freundlicher Atmosphäre, in dem sie aktiv und in kritisch konstruktiver Haltung die anstehenden Probleme diskutierten (Skalen 7a1, 7a3, 7a5: $-.25^{++}$, $-.24^{+}$, $-.29^{++}$).

4.4.5.2 Zusammengefaßte Aussagen

Die im folgenden zusammengefaßten Ergebnisse werden mehrfach durch Korrelationen der Skalen gestützt.

1. Patienten, die bereit und in der Lage sind, sich mit medizinischen Inhalten aktiv und bewußt auseinanderzusetzen, tolerieren Belastungen und Eingriffe besser und sind kooperativer und haben eine Möglichkeit, sich im Krankenhaus, auf dem Wege der bewußten Auseinandersetzung mit den Gegebenheiten, relativ gut zurechtzufinden. Der Zusammenhang zwischen psychosozialem Wohlbefinden, Kooperations- und Kommunikationsbereitschaft, Informationsinteresse und Belastungstoleranz zeigt sich häufig, im Selbstbild, Fremdbild, im Fragebogen wie im Interview. Man kann folgern, daß die tendentiell ausgeglichene psychische und soziale Situation den Patienten erst in den Stand setzt, frei und partnerschaftlich zu kommunizieren, die Erfüllung einiger Bedürfnisse zu erreichen und die Nichterfüllung anderer und Belastungen auszuhalten, ohne zu dekompensieren.

2. Patienten hingegen, die schwer krank sind und psychosozial in einer labilen Situation - in ihrer Selbst- und in der Fremdeinschätzung - neigen eher dazu, sich bedroht von der Krankheit, Belastungen hilflos ausge-

liefert zu fühlen, ihr Informationsstand ist oft schlechter und sie entwickeln häufiger im Krankenhaus eine depressiv-zurückgezogene Haltung, die die Angehörigen des Pflegepersonals mehr noch als die Patienten selber als zumindest latent aggressiv betrachten und die Patienten als schwierig zu behandeln und zu verstehen einstufen. Dieser Zusammenhang zwischen Niedergeschlagenheit, Krankheit, Informationsmangel, teils aufbegehrender, teils depressiv-zurückgezogener Reaktion mit Hilflosigkeit und unzureichender Kooperation, kurz eine Häufung psychischer, sozialer und gesundheitlicher Probleme mit emotionalen und formalen Adaptationsschwierigkeiten in der Folge, wird deutlich. Die darauf häufig antwortende Einschätzung als schwierige, unverständliche Patienten durch Angehörige des Pflegepersonals verewigt diese Situation einer weitgehenden Isolation des Patienten in seinen Problemen und verstärkt den Zyklus.

3. Es fanden sich überraschenderweise keine Korrelationen zwischen den Selbsteinschätzungen des Patienten und den Einschätzungen durch das Pflegepersonal. Sich nicht zu sehr und zu differenziert in der Wahrnehmung auf die Problematik des einzelnen Patienten einzulassen, scheint die Reibungslosigkeit des Ablaufes und die psychische Ökonomie des Personals zu sichern.

4.4.5.3 Anpassungsstile

Aus den gefundenen Korrelationen, besonders im Selbstbild des Patienten, lassen sich Ansätze finden, verschiedene Arten von Anpassungsstilen von Patienten ans Krankenhaus formulieren.

1. Manchen Patienten war es möglich, den Problemen des Krankenhausaufenthaltes in kritisch-reflektierender Weise zu begegnen. Sie setzten sich rational damit auseinander und konnten unter anderem auf dem Wege guter Informiertheit Belastungen durch Krankheit und Eingriffe verarbeiten, ohne in besondere emotionale Schwierigkeiten zu geraten. Eine kritischere Sicht führt allerdings häufiger zu Problemen mit der formalen Anpassung.

2. Anderen Patienten war es möglich, zu einer zufriedenen und nicht belastenden Anpassung im Krankenhaus zu kommen, indem sie ein ausführliches Problematisieren vermieden zugunsten einer pauschalen Zufriedenheit und Bereitschaft, sich in die Dinge zu schicken, ohne sie weiter hinterfragen zu wollen. Zusammen mit einem intakten sozialen Hintergrund konnten sich diese Patienten im Gleichgewicht halten und empfanden keine wesentlichen Anpassungs- und emotionalen Probleme.
   Der Patient ohne Anpassungsprobleme im Krankenhaus läßt sich charakterisieren als ein recht stabiler und ausgeglichener Mensch, der nicht zu differenziert denkt oder zu sehr zum Problematisieren neigt, Probleme eher auf die leichte Schulter nimmt und sich gelassen in gegebene Ordnungen einfügen kann. Seine Krankheit ist zudem nicht zu schwer und läßt ihn bei allen momentanen Belastungen auf Wiederherstellung hoffen, ein stabiler sozialer Hintergrund kann ihn zusätzlich stabilisieren.

3. Patienten, deren sowieso labiles Gleichgewicht durch die Belastungen im Krankenhaus dekompensiert, entwikkeln Anpassungsschwierigkeiten, deren Schwerpunkt im psychischen Erleben oder mehr in der formalen Anpassung an das Leben im Krankenhaus liegen kann. In jedem Fall folgt häufig eine gestörte Kommunikation zwischen dem Patienten und den im Krankenhaus Tätigen. Solche Pa-

tienten sind in der Regel schlechter informiert, weniger kooperativ, sie erleben ihre Krankheit als bedrohlicher und Eingriffe vermehrt als traumatisierend.

Wenn man ausgehend von der Charakteristik des gut adaptationsfähigen Patienten nach Risikopatienten oder -Konstellationen sucht, findet man:

Patienten mit ungenügendem Informationsstand,

Patienten mit schweren oder bedrohlichen Erkrankungen, die mit besonderen Belastungen einhergehen,

Patienten aus labilen sozialen Verhältnissen mit geringen oder erschöpften sozialen Ressourcen,

Patienten mit Erkrankungen, die in irgendeiner Weise mit psychischen Problemen einhergehen.

Das Schwierige ist, daß diesen Patienten die beiden geschilderten erfolgreichen Möglichkeiten, sich mit dem Krankenhaus zu arrangieren, die durch Vertrauen und gelassenes Mitmachen und durch intellektuelles und bewußtes Herangehen, verschlossen sind. Das zweite erfordert einige Kommunikations- und Distanzierungsfähigkeit bei eigener Standfestigkeit, das erste eine globale Stabilität, die die Krankenhausbelastungen wie ein dickes Polster mitaufzufangen in der Lage ist.

Im Krankenhaus ist, was die Erwartungen an den Patienten angeht, früher ganz mit dem beschriebenen ersten Anpassungsstil, der bereitwilligen vertrauensvollen Einfügung gerechnet worden, zunehmend gewöhnt man sich, auch den zweiten zu tolerieren und mit einem aufgeschlossenen, selbstbewußten Patienten zu kooperieren. Die meisten Ansätze zur Neugestaltung der Patientenrolle beabsichtigen diese intellektuelle Emanzipation der Patienten, die den

Behandelnden nicht mit der Erwartung kindlichen Vertrauens, sondern mit den Erwartungen und Ansprüchen an ein erwachsenes Gegenüber ausstattet. Weniger bedacht wird, daß einer nennenswerten Anzahl von Patienten eine solche Emanzipation aufgrund ihrer von vornherein und mit der Situation als Patient nicht unmittelbar zusammenhängenden Lage schwer fällt oder fast unmöglich ist. Es geht dann vielmehr darum, einem in seiner Reaktion auf die Gesamtsituation isolierten und blockierten Patienten heraus zu helfen und über die bewußte Gestaltung einer befriedigenden solidarischen Kommunikation ihm andere Wege der Auseinandersetzung mit der Situation als depressiven Rückzug oder aufbegehrendes Ablehnen und Verweigern zu ermöglichen.
Die Schwierigkeit ist, das im Ablauf des Krankenhausalltags mit allen seinen zusätzlichen Erfordernissen und Belastungen zu leisten, wo es sich hier allein um ein Kraft und Durchhalten und Spannungstoleranz in großem Ausmaß erforderndes Unternehmen handelt, in dem man, manchmal lange, die Tür in der Mauer, die um den Patienten entstanden ist, suchen muß. Hierbei gerät man nicht nur in Widersprüche mit dem System des Krankenhauses, man wird auch öfter die Zielscheibe der Aggression und Ablehnung gerade des Patienten selbst, um den man sich bemühen wollte. Einerseits tritt man ihm selber als ein Vertreter der Institution gegenüber, andererseits spürt er, daß man sich nicht nur mit seiner ganz momentanen Lage und Leiden, sondern mit seiner Haltung zu Leben und Problemen im viel weiteren Sinne beschäftigt, was häufig, zumindest zunächst, Widerstände mobilisiert. Eine so weitgehende Beschäftigung mit der Problematik des einzelnen Patienten ist in den seltensten Situationen durchführbar. Immer möglich ist - bzw. muß sein -, dem Patienten eine ausführliche Information über seine Erkrankung und das im weiten Sinne damit zusammenhängende zu bieten und den im

o.g. Sinne besonders gefährdeten Patienten vorab zumindest für die unmittelbar in und durch das Krankenhaus entstehenden Probleme die Versicherung zu geben, sie in ihren Schwierigkeiten nicht ganz alleine zu lassen.

4.4.6 Varianzanalysen

Über die erhaltenen Skalenwerte wurden Varianzanalysen gerechnet. Als unabhängige Variable wurden Alter (4 Gruppen), Geschlecht (2 Gruppen), Schicht (6 Gruppen), Krankheit (6 Gruppen) und die Station, von der der Patient kam (3 Gruppen), gewählt.
Da das Gesamtkollektiv hinsichtlich dieser Variablen sehr heterogen zusammengesetzt war, ergaben sich schon beim Versuch einer zweifaktoriellen Varianzanalyse leere Zellen, außer bei den Kombinationen der Variablen Alter und Geschlecht bzw. Schicht und Geschlecht miteinander. Für diese beiden Kombinationen wurden zweifaktorielle Varianzanalysen gerechnet, für die drei anderen Variablen einfaktorielle.
Im folgenden werden die Skalen herausgegriffen, bei denen sich bei der Varianzanalyse p-Werte von .050 und geringer für eine der unabhängigen Variablen oder deren Interaktionen ergaben.

4.4.6.1 die Station als unabhängige Variable

Bei der einfaktoriellen Varianzanalyse mit der Station als unabhängiger Variable ergab sich, daß bei allen Skalen Gleichheit der Mittelwerte bei gelegentlichen Schwankungen der Varianzen bestand.
Dies bestätigt die Annahme, daß bei verschiedenen äußeren Verhältnissen die Erwartungen und Erfahrungen der Patienten ungefähr dieselben sind. Von der weiteren Diskussion des Einflusses der variablen "Station" kan abgesehen werden.

4.4.6.2 Alter und Geschlecht als unabhängige Variable

Zunächst wird von den zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Alter und Geschlecht als unabhängigen Variablen berichtet. Hier ergeben sich bei der Kombination von 4 Alters- und 2 Geschlechtergruppen 8 Untergruppen.

a) Für diese Untergruppen ergaben sich bei der Skala 3a1: Interesse an medizinischer Information (3 Items) folgende Mittelwerte:

Tabelle 19:

Alter	Männer	Frauen	p-Werte	F-Werte
unter 3o	11.33	11.67	A: .o49	2.7o981
31-45	1o.2o	13.38	G: .668	.18497
46-6o	11.6o	1o.35	AG: .o39	2.88466
über 6o	11.67	9.oo		

$\bar{x}$ = 1o.64

Man sieht, daß bei den Männern das Interesse an Information durch alle Altersgruppen hindurch nahezu gleich ist, bei den Frauen hingegen ist es altersabhängig. Die Gruppe der 3o-45 Jahre alten Frauen äußern das höchste Informationsinteresse überhaupt, die alten Frauen das geringste. Man könnte unterstellen, daß diese, im Krankenhaus in der schwächsten Position überhaupt, weitgehend aufgegeben haben, hier Ansprüche anmelden zu wollen.

b) Unterschiede in den Mittelwerten ergaben sich auch bei der Skala 4.2: formale Anpassungsprobleme bei aufbegehrender angespannter Haltung (Selbstbild des Patienten, 9 Items).

Tabelle 2o:

Alter	Männer	Frauen	P-Werte	F-Werte
unter 3o	22	18.7	A: .oo2	5.31378
31-45	11.3o	15.13	G: .721	.12728
46-6o	14.6o	15.61	AG: .342	1.12585
über 6o	14.59	14.78		

$\bar{x}$ = 15.45

In den jüngeren Altersgruppen ist das Überwiegen dieser Problematik bei beiden Geschlechtern deutlich, die Männer erreichen, ohne daß dieser Unterschied signifikant ist, noch höhere Werte. Für jüngere Menschen scheint der Druck, sich anpassen und einordnen zu sollen, besonders belastend zu sein und sie erscheinen wenig bereit, sich von vornherein in die Erfordernisse der Patientenrolle mit Gefügigkeit, Kooperationspflicht und Selbstberrschung zu schicken. Sie empfinden die auferlegten Einschränkungen stärker und lehnen sich mehr dagegen auf, sie sind möglicherweise wenig bereit, das Krank-sein überhaupt zu akzeptieren.

c) Bei der korrespondierenden Fremdbildskala (5.2, 9 Items) ergab sich ein anderes Bild:

Tabelle 21:

Alter	Männer	Frauen	P-Werte	F-Werte
unter 3o	16.55	18.55	A: .794	.3432o
3o-45	12.9o	21.12	G: .o44	4.15656
46-6o	14.25	15.82	AG: .67o	.51921
über 6o	13.88	19.65		

$\bar{x}$ = 16.39

Die Angehörigen des Pflegepersonals nahmen nämlich im Gegensatz die formalen Anpassungsschwierigkeiten mit gespannter und aufbegehrender Haltung durchgängig durch alle Altersgruppen mehr bei Frauen wahr. Dies kontra-

stiert mit der Selbsteinschätzung in Fragebogen und Interview, bei der allein das Alter der bestimmende Faktor ist. Möglicherweise handelt es sich um ein Interaktionsproblem speziell mit Frauen, von denen man noch mehr eine betont gefügige Haltung erwartet und auf jedes Abweichen davon verstärkt reagiert. Dem müßte in einer gezielten Untersuchung, in der auch das Geschlecht des Beantworters/der Beantworterin und seine/ihre möglicherweise geschlechtsabhängig akzentuierte Erwartung an das Patientenverhalten Berücksichtigung fände, nachgegangen werden.

d) Im Interview bringt die korrespondierende Skala (9 Items) folgendes:

Tabelle 22:

Alter	Männer	Frauen	P-Werte	F-Werte
unter 3o	21.56	12.78	A: .o73	2.37995
3o-45	16.2o	12.38	G: .o13	6.43613
46-6o	13.58	13.57	AG: .o28	3.14491
über 6o	12.53	12.91		

$\bar{x}$ = 14.o3

Hier liegt das Übergewicht auf den Gruppen der (jüngeren)Männer, die Frauen werden insgesamt als weniger gespannt und anpassungsfähiger eingeschätzt. Signifikant ist die Abhängigkeit vom Geschlecht.

e) Bei der Skala 7c3 (passiver, nicht kooperationsbereiter Patient, 4 Items) fanden sich die höchsten Werte in der Gruppe der ältesten Patienten.

Tabelle 23:

Alter	Männer	Frauen	P-Werte	F-Werte
unter 3o	6.33	4.44	A: .o36	2.95185
3o-45	4.1o	5.5o	G: .665	.1888o
45-6o	5.35	6.o9	AG: .135	1.88972
über 6o	6.35	6.91		

$\bar{x}$ = 5.85

Älteren Patienten stehen die kognitiven Möglichkeiten der Situationsbewältigung, z.B. ein bewußtes Fordern und Bestehen auf Information oft weniger zur Verfügung und sie sind mehr als jüngere Gegenstand medizinischer Maßnahmen. Zugleich ist ihre Belastbarkeit geringer, Reserven psychischer und sozialer Art stehen ihnen oft weniger zur Verfügung.

f) Skala 7a2: zufriedener, bagatellisierender Patient (12 Items)

Tabelle 24:

Alter	Männer	Frauen	P-Werte	F-Werte
unter 30	42.44	47.89	A: .041	2.83537
30-45	30.20	46.75	G: .083	3.05150
46-60	34.60	42.09	AG: .023	3.31554
über 60	52.24	43.43		

$\bar{x}$ = 42.32

Die zufrieden-bagatellisierende, eher unkritische Haltung findet sich am stärksten in der jüngsten und der ältesten Altersgruppe, in der jüngeren eher auf der Seite der Frauen und in der älteren auf der Seite der Männer. In den mittleren Altersgruppen äußern sich die Frauen zufriedener als die Männer.

Aus den Interviews geht hervor, daß die globale Zufriedenheit der älteren Patienten oft von einem eher resignativen Akzent gezeichnet ist. Indem man weiß, wie abhängig man ist und sich Änderungen nicht richtig vorstellen kann, schickt man sich in das Gegebene. Jüngere Patienten hingegen sehen den Krankenhausaufenthalt als ein wenig ernstzunehmendes und belastendes Zwischenspiel, das ihr Leben und ihre Pläne nicht beeinträchtigen und in Frage stellen wird. Auf dieser Grundlage findet sich ein Teil der jungen Patienten gut zurecht (es handelt sich z.B. um einen Jungen mit

(Pneumonie), ein anderer Teil der jungen Patienten berichtet, wie a.a.o. gezeigt, vermehrt über aggressive Spannungen und Anpassungsprobleme im Krankenhaus, und sie äußerten sich kritischer als die Patienten der älteren Gruppen. Man mann die Gruppe der jüngeren Patienten also noch weiter unterteilen.

g) Skala 7a5: kritisch-konstruktive Haltung (6 Items)

Tabelle 25:

Alter	Männer	Fräuen	P-Werte	F-Werte
unter 3o	18.78	15.67	A: .oo1	5.95735
3o-45	18.3o	13.38	G: .o23	5.28562
46-6o	15.15	13.96	AG: .228	1.46564
über 6o	11.76	12.oo		
$\bar{x}$ =				

Hier werden zwei voneinander unabhängige Effekte deutlich: Einmal überwiegt die kritisch-konstruktive Haltung bei den jüngeren Patienten, zum anderen bei den Männern.

4.4.6.3 Geschlecht und Schicht als unabhängige Variable

Hier ergeben sich 12 Untergruppen.

a) Für die Skala 7a5: kritisch-konstruktive Haltung im Gespräch (5 Items) fanden sich Unterschiede der Mittelwerte in den Untergruppen.

Tabelle 26:

Schicht	Männer	Frauen	n= Männer	Frauen
Land	1o.oo	14.6o	4	1o
städt.Untersch.	14.22	11.17	9	12
untere Mittels.	13.92	12.53	12	19
mittlere Mittel.	14.14	14.94	14	17
obere Mittelsch.	19.78	12.oo	9	3
Oberschicht	18.oo	18.5o	8	2

$\bar{x}$ = 14.29

P-Werte	F-Werte
G: .384	.88878
S: .o88	1.97789
GS: .o44	2.37o74

Männer aus den oberen Schichten neigten mehr dazu, sich mit den Fragestellungen in kritisch-konstruktiver Weise auseinanderzusetzen.

b) Für die Skala 7b1: soziale Existenz befriedigend (1o Items) fanden sich folgende Ergebnisse:

Tabelle 27:

Schicht	Männer	Frauen	P-Werte	F-Werte
L	39.75	38.5o	G: .156	2.o4413
Us	26.44	24.67	S: .oo5	3.56694
UM	37.25	26.11	GS: .591	.74536
MM	36.43	34.65		
OM	36.56	34.67		
O	37.38	34.oo	$\bar{x}$ = 32.94	

Eindrucksvoll sind die niedrigen Skalenwerte für die Angehörigen der städtischen Unterschicht und der unteren Mittelschicht, während die Patienten, die aus bäuerlichem Milieu oder aus den mittleren und oberen Schichten in der Stadt kommen, ihre soziale Existenz

als befriedigend, stützend und hilfreich in ihrer Situation als Patient schildern.
Tatsächlich findet man, wenn man einzelne Fallgeschichten verfolgt, bei den Angehörigen der unteren Schichten vermehrt soziale Konflikte, Berufsprobleme, finanzielle Probleme, den wenig erfolgreichen Anlauf zum gesellschaftlichen Aufstieg, Alkoholprobleme, bei den Frauen häufig Doppelbelastung oder Unausgefülltheit in ihrem täglichen Hausfrauenleben,ohne eine Möglichkeit der Veränderung zu sehen. Diese Patienten kann man als besonders prädisponiert für Schwierigkeiten im und mit dem Krankenhaus annehmen, da die konflikt- und spannungsbelastete soziale Umwelt sich hierfür als Risikofaktor herausgestellt hat.

c) Für Skala 7b2: akzeptieren der eigenen Gefühlswelt (1o Items) fand sich:

Tabelle 28:

Schicht	Männer	Frauen	P-Werte	F-Werte
L	25.25	33.8o	G: .o3o	4.83764
US	28.77	27.66	S: .136	1.71906
UM	17.16	28.32	GS: .324	1.17954
MM	29.28	3o.88		
OM	28.11	31.33		
O	23.37	34.5o	$\bar{x}$ =	

Es wird deutlich, daß die Frauen einen besseren Zugang zu ihrer Gefühlswelt zu haben scheinen als die Männer, die sich öfter distanzierter und verschlossener zeigten.

d) Skala 7b3: problemlose Anpassung ans Krankenhaus (14 Items):

Tabelle 29:

Schicht	Männer	Frauen	P-Werte	F-Werte
L	27.00	60.00	G: .353	.86936
US	42.80	54.67	S: .099	1.90695
UM	55.83	51.74	GS: .002	4.01323
MM	57.07	55.41		
OM	53.78	60.60		
O	54.75	29.50	$\bar{x}$ = 52,98	

Allerdings ist anzumerken, daß eine hohe Varianz besteht besonders bei den Untergruppen Frauen/Oberschicht (41) und Männer/Land (31).

4.4.6.4 Die Krankheit als unabhängige Variable

Folgende Skalen erwiesen sich als beeinflußt von der Variable Krankheit:
Bei der Skala 1 des Bogens 4 schildern die Patienten, deren Krankheit in irgendeiner Weise kompliziert ist von psychischen Problemen, weit mehr emotionale Anpassungsprobleme und Befindensstörungen im Krankenhaus, gleich ob die Probleme als nachfolgend, ursächlich oder zur organischen Erkrankung hinzutretend gewertet worden sind. Dasselbe gilt für die analoge Skala 7c1 des Interviews. Ebenso beschreiben sich diese Patienten in der vierten Skala des Bogens vermehrt eine insgesamt labile psychosoziale Situation. Die Patienten mit lediglich organischen Krankheiten berichten im Gespräch häufiger über eine zufriedenstellende soziale Situation (7b1). Sie erleben auch ihre Erkrankung weniger bedrohlich als Patienten mit auch psychischer Problematik (7b4).

Tabelle 3o:

Krankheit	Skala 4.1	4.4	7b1	7b4	7c1
1 organisch	19.53	9.29	4o.15	37.82	47.82
2 psych.Pr.unabh.	28.47	13.37	29.68	25.84	32.53
3 psych.Pr.zus.h.	26.13	12.75	33.25	35.13	36.oo
4 psych.Pr.nachf.	27.83	14.94	32.o8	2o.67	33.o3
5 psychosomat.Kr.	3o.63	16.5o	23.13	2o.oo	23.8o
6 funktion.Stör.	21.67	13.75	3o.83	29.58	34.5o
n. Items	12	6	7	1o	11
Mittelwert	24.97	12.88	36.97	33.38	28.35
Streuung	12.158	5.395	12.159	11.28o	15.8o4
Irrtumswahrscheinlichkeit	1.94	.o2	.oo	.o4	.o1 Prozent

4.4.6.5 Zusammenfassung

Abschließend soll zusammengefaßt werden, für welche Skalen die verwendeten unabhängigen Variablen in ihrem Zusammenwirken oder einzeln von Bedeutung gewesen sind.

1. Die Variable Station spielte keine Rolle.

2. Altersabhängig erwies sich das allgemeine Interesse an medizinischer Aufklärung (Skala 3a1). Ältere Leute und von ihnen die Frauen zeigten hier weniger Interesse. Dabei besteht dieser Unterschied nicht für die Skalen 4.3: Interesse an aktiver Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung und 7b5: Informationsstand. Im Fragebogen berichteten jüngere Leute gehäuft über formale Einordnungsschwierigkeiten und eine gespannt-aufbegehrende Haltung im Krankenhaus (Skala 4.2), während in der Wahrnehmung durch das Pflegepersonal diese Probleme gehäuft bei Frauen, unabhängig vom Altersvorkommen (Skala 5.2) und im Gespräch besonders bei jünge-

ren Männern derartige Probleme auftraten (Skala 7c2). Auf der anderen Seite findet man eine gelungene Anpassung ans Krankenhaus (Skala 7b3) mehr bei Patienten aus der jüngsten und der ältesten Gruppe, und eine kritisch-konstruktive Haltung ist bei jüngeren Patienten stärker vertreten (Skala 7a5). Weiterhin sind jüngere Leute mehr bemüht um aktive Kooperation.

3. Über den Einfluß des Geschlechts lassen sich folgende Aussagen machen:
   Frauen wurden vom Personal als gespannter erlebt, ohne daß sich hierfür in der Selbsteinschätzung eine Entsprechung gefunden hätte, im Interview schienen sie weniger derartige Probleme zu haben.
   Im Gespräch zeigten Frauen mehr als Männer einen guten Zugang zu ihrer eigenen Emotionalität (Skala 7b2), Männer der oberen Schichten neigten mehr dazu, sich mit den das Krankenhaus betreffenden Problemen kritisch-konstruktiv (Skala 7a5) auseinanderzusetzen.

4. Die soziale Schicht des Patienten war bedeutsam, indem Patienten aus höheren Schichten und zwar Männer (Skala 7a5) häufiger eine kritisch-konstruktive Sichtweise hatten, Patienten aus der städtischen Unter- und unteren Mittelschicht ihre soziale Existenz häufiger als unbefriedigend darstellten (Skala 7b1) als solche vom Land bzw. aus den höheren Schichten. Probleme, sich im Krankenhaus einzufügen, hatten Männer aus der Unterschicht häufiger (Skala 7b3).

5. Über den Einfluß der Krankheit läßt sich sagen, daß es kaum eine Rolle spielte, in welcher Weise eine Erkrankung mit psychischen Problemen verknüpft war, dies stellt immer einen Risikofaktor für Anpassungsschwierigkeiten dar.
   Solche Patienten berichten mehr über emotionale Anpassungsschwierigkeiten im Krankenhaus (4.1), eine labile

psychosoziale Situation (4.4), eine unbefriedigende soziale Existenz (7b1) und empfinden ihre Erkrankung als bedrohlicher als die Patienten mit einer nur organischen Erkrankung.

Schließlich soll Beachtung finden, daß einige Skalen nicht oder wider Erwarten nicht abhängig von den Variablen gewesen sind.
So zeigen sich die erhobenen Angaben über Erwartungen an das Krankenhaus als unabhängig von Alter, Geschlecht, Schicht und Erkrankung.
Abgesehen davon, daß ältere Frauen ein geringeres Interesse an allgemeiner medizinischer Information zeigen (Skala 3a1), bestehen keine weiteren signifikanten Unterschiede von Alter, Geschlecht, Schicht oder Krankheit bei den Skalen über Beschäftigung mit der eigenen Erkrankung (Skala 4.3) und Informiertheit (Skala 7b5). Das Erleben im Krankenhaus im Selbstbild (Bogen 4) ist unabhängig vom Geschlecht und Schicht.
Die Einschätzung des Erlebens der Patienten durch Angehörige des Pflegepersonals zeigt bis auf die Tatsache, daß Frauen als angespannter empfunden werden, keine Abhängigkeit von den anderen Variablen. Weder wird also auf die im Selbstbild der Patienten gefundene Abhängigkeit des emotionalen Empfindens von der Art der Erkrankung und dessen psychosozialer Stabilität reagiert, noch darauf, daß ein Teil der jüngeren Patienten vermehrt mit Einordnungsschwierigkeiten im Krankenhaus und einer dauernd gespannten Haltung zu tun hat.

4.4.7 Vergleich zwischen Selbsteinschätzung des Patienten und Einschätzung durch Angehörige des Pflegepersonals

4.4.7.1 Allgemeine Voraussetzungen

Ein Anliegen der Arbeit war gewesen, die Einschätzung, die der Patient in Fragebogen und Interview über seine Lage äußerte, in Beziehung zu setzen mit dem Eindruck, den Angehörige des Pflegepersonals vom Patienten, seinen Problemen und seinen Möglichkeiten, sich damit auseinander zu setzen, gewonnen hatten. Patienten und Personal hatten einen parallel konstruierten Fragebogen erhalten. Neben dem Vergleich der Ergebnisse ging es darum, herauszufinden, ob bei bestimmten Patienten besonders hohe Abweichungen oder Übereinstimmungen in der Sicht der Dinge durch Patienten und Angehörige des Pflegepersonals zu finden seien, das heißt, ob bei bestimmten, durch soziologische Variablen definierbaren Patientengruppen die Kommunikation oder Einfühlung besonders gut oder schlecht sei, und ob man dies als einen Grund für Patientenprobleme im Krankenhaus ansprechen könne.

Die Schwierigkeiten der Patienten beim Ausfüllen eines Fragebogens sind schon besprochen worden. Sanktionsangst und eigene Tendenz, nach sozialer Erwünschtheit zu antworten, sind Faktoren, die die Ergebnisse in bestimmter Richtung verfälschen können.
Für einen Angehörigen des Pflegepersonals ist es in noch weiterer Weise schwierig, zum Ergehen eines Patienten Stellung zu nehmen. Einmal tritt er als Mitglied einer Gruppe einem Einzelnen gegenüber, seine individuelle Meinung zu dem Einzelnen ist immer auch bestimmt von der der Gruppe und er muß versuchen, diese beiden Dinge beim Ankreuzen der Fragen zu trennen. Zweitens entsteht sowieso Spannung, wenn er gezielt sich dem stellen muß, was der Routine des

Krankenhausalltags widerspricht: er muß sich über die Situation des Einzelnen und nicht nur über den formalen und pragmatischen, sondern auch über den emotionalen Hintergrund Rechenschaft ablegen, rückt also mit seinen eigenen Gefühlen denen des Patienten viel näher als üblich. Drittens gefährdet die Tendenz nach sozialer Erwünschtheit auch seine Aufrichtigkeit, denn das Urteil über die Befindlichkeit eines Patienten beinhaltet auch eines über den Erfolg der eigenen Arbeit. Obwohl das zugrundeliegende individuelle und kollektive Berufsethos nicht untersucht worden ist, kann man annehmen, daß die meisten Schwestern und Pfleger sich dem Anspruch verpflichtet fühlen, zufriedene gut versorgte, körperlich und seelisch nicht leidende und vielleicht sogar ein wenig dankbare Patienten zu haben. Um sich ein solches Bild erhalten zu können und sich nicht tiefgehenden Insuffienzgefühlen und Selbstvorwürfen stellen zu müssen, kann man mit einer Tendenz der Schwestern, Pfleger und Ärzte rechnen, die Lage des Patienten positiver zu sehen und in der Wahrnehmung für die Signale gestörten Befindens beim Patienten blinde Stellen zu entwickeln. Hier sind eine Menge von verbalen und nonverbalen Strategien entwickelt worden.
Siegrist [1] beschreibt z.B. die assymmetrischen Verbalhandlungen - die man in vielen einzelnen Situationen dingfest machen kann.
Allen Beteiligten bekannt ist auch das häufige Umdeuten und Verharmlosen offensichtlicher Schmerzäußerungen eines Patienten bei Untersuchungen oder Eingriffen: "das tut doch nicht weh, drückt nur ein bißchen, oder ?".
Umgekehrt kann das bewußte Bestreben, solchen Wahrnehmungslücken auf die Spur zu kommen, zu einer betont schuldbewußten und dadurch ebenso verzerrten Haltung gegenüber dem

---

1. J. Siegrist: Arbeit und Interaktion ...

Patienten führen, dessen Lage als völlig unerträglich betrachtet wird. Tatsächlich findet man bei im Krankenhaus Arbeitenden oft ein schlechtes Gewissen wegen der psychisch gerade ausreichenden Versorgung der Patienten gepaart mit Entschuldigungsstrategien, die die eigentlich in einem weiteren Sinne unzureichende Versorgung erklären sollen und sich hauptsächlich auf die äußeren Arbeitsbedingungen mit Stellenknappheit, Überlastung etc. beziehen.
Auf der anderen Seite steht der Versuch, sich selber zu entlasten, indem aufgetretene Schwierigkeiten der speziellen Eigenart des Patienten angelastet werden, ohne daß dann weiter nach den Ursachen dieser Eigenart gefragt würde.
Man kann im gegebenen Rahmen diese Aspekte nur bedenken und kritisch im Auge behalten, wenn man sich einem Vergleich der Einschätzungen von Patienten und Pflegepersonal zuwendet.

4.4.7.2 Zusammenfassung der bisherigen Ergebnisse

In den vorhergehenden Abschnitten der Arbeit ist schon über einige Ergebnisse zu der Interaktion zwischen Patienten und Angehörigen des Pflegepersonals berichtet worden. Sie sollen im Zusammenhang kurz dargestellt werden.
Angehörige des Pflegepersonals hatten häufiger den Eindruck als die Patienten, die Krankheit sei auch von seelischen Faktoren mitbeeinflußt. Sie finden seltener als die Patienten, daß es sich um eine sehr schwere Erkrankung handele (27.8% gegenüber 41% bei den Patienten). Sie fanden auch seltener, daß Krankheit und medizinische Maßnahmen den Patienten stark belastet haben (34.5 gegen 41.8%).
Insgesamt legen die Angehörigen des Pflegepersonals strengere Maßstäbe an, die auf ihren Überblick und auf ihre

Routine, auch was das Miterleben von Leiden angeht, zurückgehen. In der Sicht der Patienten drückt sich das Gefühl der individuellen Einmaligkeit und des Erlebens von Leiden aus, sie empfinden ihre Situation und bedenken nicht so sehr, wie schlimm es noch sein könnte. Weiterhin empfindet der Patient seine Situation als Komplex aus Krankheit und psychosozialer Situation, während die im Krankenhaus Arbeitenden sich isolierend lediglich somatische Kriterien und Implikationen orientieren, ohne die Vorgänge in der Psyche des Patienten, seine Ängste und Phantasien und seine sonstige Situation in Rechnung zu stellen.
Interessant ist, daß die Patienten sich häufiger, als es der Einschätzung des Pflegepersonals entsprach, geborgen fühlten, seltener angaben, sie hätten unter der Situation gelitten. Das Pflegepersonal empfand auch häufiger das Bedürfnis nach mehr Gespräch auf Patientenseite als diese selber und meinte, man habe nicht genug Zeit für die Bedürfnisse des Patienten aufbringen können; sehr viel seltener als die Patienten waren sie der Meinung, besonders auf sie eingegangen zu sein. Andererseits gestehen sie den Patienten seltener zu, sich bemüht zu haben, für das Pflegepersonal ein angenehmer Patient zu sein.
(s. hierzu Tabelle im Anhang)

Hier bekommt man den Eindruck, daß die Angehörigen des Pflegepersonals, oder besser die, die bereit gewesen sind, den Fragebogen auszufüllen (was hinsichtlich der Beschäftigung mit den nicht-körperlichen Belangen der Patienten schon eine Auslese darstellt), diesem Fragenkomplex des psychischen Ergehens der Patienten mit erheblichen Schuldgefühlen gegenüberstanden. Das Gefühl, Unzureichendes zu leisten, drückt sich in einer Einschätzung der Situation der Patienten aus, die zum Teil erheblich pessimistischer und depressiver ausfällt als die der Patienten selber.

Möglicherweise ist beim Zustandekommen dieses Kontrastes auch von Bedeutung, daß die Patienten mehr und effektiver als die Angehörigen des Pflegepersonals psychische Strategien einsetzen, die ihnen ihre Situation weniger klar erschienen lassen als sie dem gesunden Außenstehenden vorkommt und sie ihnen besser erträglich machen. Der Aspekt des Krankenhausaufenthaltes, der teleologisch im Mittelpunkt steht, daß man dies alles mitmacht und aushält, um am Ende möglichst gesund nach Hause zu gehen, stellt für den Patienten eine starke Motivation dar. Auch fühlt er sich vielleicht als der Bittsteller, der etwas erhalten möchte zu mehr Zufriedenheit und Bereitschaft, auch widrige Dinge zu ertragen, verpflichtet und bezieht diese Überlegung von vornherein in seine Situationsverarbeitung ein.

Ein anderer wichtiger Punkt ist, daß die Angehörigen des Pflegepersonals das Interesse der Patienten an Information, ihre Bemühungen, Information zu erhalten und deren letztliche Informiertheit weit kritischer sehen als die Patienten. In dieser Hinsicht unterschätzen sie Bereitschaft und Fähigkeiten der Patienten stark. Hier, wo ein realer Ansatzpunkt läge, in die Situation der Patienten verbessernd einzugreifen, schien eine Art Wahrnehmungslücke zu bestehen. Der Patient scheint gewissermaßen in Funktionsbereiche aufgeteilt: neben einem pragmatischen, in dem man seine Sicht der Dinge im großen und ganzen teilt, steht der emotionale, in dem man ihn viel pessimistischer einschätzt als er sich selber, und in dem man ihm helfen möchte, ohne es erfolgreich zu können, und ein rational-intellektueller, in dem man ihm nicht genügend zutraut. Damit wird eine Chance vertan, denn ein Teil der Verunsicherungen und Befindensstörungen der Patienten geht auf das Gefühl, nicht richtig Bescheid zu wissen zurück,oder ist wenigstens eng damit vergesell-

schaftet. Nötig ist hierbei, dem Patienten weder in der mütterlich-umsorgenden noch in der professionell- überlegenen Haltung gegenüberzutreten, um in symmetrischer Weise auf seine konkret bestehenden und erfüllbaren Bedürfnisse eingehen zu können.

In der Faktorenanalyse ergaben sich für beide Fragebogen jeweils Vierfaktorenlösungen mit fast identischer Itemstruktur. Die danach gebildeten Skalen zeigten keine signifikanten Korrelationen der korrespondierenden Skalenwerte. Schon weiter vorne ist überlegt worden, daß es ein Ausdruck einer eingeschränkten uniformen und oberflächlichen Wahrnehmung sein kann, wenn zum Beispiel dem verstärkten Ausdruck emotionaler und depressiv getönter Probleme im Selbstbild nicht die Wahrnehmung eben dieser Probleme im Fremdbild korrespondiert. Vielmehr scheint die Einschätzung, die die verschiedenen Skalen ausdrücken, in globaler Weise über das Patientenkollektiv zu streuen und schematischer zu sein als die Selbstwahrnehmung der Patienten. Daß das im Dienst der Erhaltung der eigenen psychischen Ökonomie des Personals geschehen kann, um sich in der zu intensiven Beschäftigung mit den individuellen Problemen der einzelnen Patienten nicht aufzureiben, ist schon angesprochen worden.

Weiter ist nach Abhängigkeiten der einzelnen Skalenwerte von den unabhängigen Variablen Alter, Geschlecht, Schicht und Krankheit gesucht worden. Während die Angehörigen des Pflegepersonals öfter bei Frauen normale Anpassungsprobleme mit angespannter und aufbegehrender Haltung wahrnahmen, äußerten die Patienten dies im Fragebogen geschlechtsunabhängig, aber abhängig vom Alter, indem jüngere Patienten vermehrt darüber berichteten.
Patienten, deren Erkrankung von psychischen Problemen kompliziert worden waren, erlebten sich zudem depressiver und hatten vermehrt emotionale Anpassungsschwierigkeiten, sie

berichteten mehr über eine psychosozial labile Situation. Weitere Abhängigkeiten ergaben sich nicht.

4.4.7.3 Bildung der Skalendifferenzwerte

Um zu untersuchen, ob Abweichungen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung bei durch soziologische Variable definierten Patientengruppen besonders auffallend seien, wurde folgendes Vorgehen gewählt:
Die Berechnung der Skalenwerte wurde nach der Itemstruktur, die sich für den Selbstbeurteilungsbogen ergeben hatte, auf den Fremdbeurteilungsbogen angewendet. So erhielt man für jede Skala zwei Skalenwerte, der eine entsprach der Selbsteinschätzung des Patienten,der andere dem, wie der Angehörige des Pflegepersonals den betreffenden Patienten eingeschätzt hatte. Für die einzelnen Skalen wurden nun die Differenzwerte gebildet (Skalenwert B4 - Skalenwert B5) [5] (ds 1, ds 2, ds 3, ds 4) sowie die Summe der Differenzen errechnet.
Zu diesem Vorgehen war das Vorliegen vollständig ausgefüllter Selbst- und Fremdbeurteilungsbogen notwendig, schon das Fehlen einzelner Items verunmöglichte die Berechnung des zugehörigen Skalenwertes. Infolgedessen reduzierte sich das Kollektiv von 9o Patienten, zu denen ein ausgefüllter Fremdbildbogen vorlag, auf 66 Patienten.

Inhaltlich haben die Skalendifferenzwerte folgende Bedeutung:

---

5) Anm.: Als technisches Detaill ist anzumerken, daß, um nur mit positiven Zahlen zu rechnen, die einzelnen Differenzwerte invertiert und zu jedem Wert +5o addiert wurde.

Tabelle 31:

	niedere Skalenwerte	Hohe Skalenwerte
DS 1 emotionale Anpassungsprobleme im Krankenhaus:		
	Patient sieht sich davon mehr belastet, als ihn das Pflegepersonal einschätzt	...weniger...
	d.h.Pflegepersonal unterschätzt den Grad seiner Probleme	...überschätzt...
DS 2 formale Anpassungsprobleme, gespannt aufbegehrende Haltung		
	Patient sieht sich davon mehr belastet, als ihn das Pflegepersonal einschätzt	...weniger...
	d.h.Pflegepersonal unterschätzt den Grad seiner Probleme	...überschätzt...
DS 3 Bedürfnis nach Information oder Gespräch		
	Patient hat dieses Bedürfnis mehr, als das Pflegepersonal meint	...weniger...
	d.h.Personal unterschätzt sein Bedürfnis	...überschätzt...
DS 4 psychosozial labile Situation des Patienten		
	Patient sieht sich labiler als das Pflegepersonal	...stabiler...
	d.h.Personal unterschätzt seine Labilität	...überschätzt...
SD Die Summe der Differenzen ist		
	niedrig, die Aussagen von Patient und Personal weichen nur wenig voneinander ab	...hoch... ...weichen... ...sehr ab...

4.4.7.4 Die Stichprobe: Häufigkeitsauszählung

Das reduzierte Kollektiv setzt sich folgendermaßen zusammen:

Tabelle 32:

Geschlecht:	Männer	Frauen
n	26	40
%	39.4	60.6

Der Frauenüberschuß hat etwas zugenommen.

Tabelle 33:

Alter:	n	%
bis 30	7	10.6
30-45	11	16.7
45-60	21	31.8
über 60	27	40.9

Die Altersstruktur entspricht damit ungefähr der des Ausgangskollektivs.

Tabelle 34:

Schicht	n	%
Land	9	13.6
Stadt Untersch.	13	19.7
untere Mittels.	14	21.2
mittl. "	15	22.7
obere "	9	13.6
Oberschicht	6	9.1

Tabelle 35:

Krankheit:	n	%
organisch ohne psych.Komplikationen:	17	28.8
mit psychischer Problematik:	49	71.2

Für die einzelnen Skalendifferenzen ergaben sich folgende Spannweiten:

Tabelle 36:

Skala	min	max	Mittelwert	Streuung	Median	Nullpunkt
DS 1	28	79	53.17	1o.24	52	5o
DS 2	38	77	53.26	7.5	5o	5o
DS 3	39	59	5o.27	5.4	5o	5o
DS 4	4o	67	48.55	4.4	51	5o
SD	4	58	21.92	12.14	19	oo

Dies heißt, daß im Durchschnitt die Patienten sich als etwas weniger depressiv und etwas weniger gespannt einschätzen als die Angehörigen des Pflegepersonals es tun. Die Patienten drücken mehr Bedürfnis und Interesse nach und an Information aus, als das Personal meint. Die Patienten sehen sich etwas labiler als das Personal sie sieht.
Die beim Vergleich auf Itemebene erhaltenen Unterschiede in der Fremdeinschätzung bleiben somit auch nach der Skalenzusammenfassung und der damit verbundenen Reduzierung des Kollektivs erhalten.

4.4.7.5 Korrelations- und Faktorenanalyse

Diese Skalen wurden zusammen mit den Skalen des Bogens 7 a, dem Teil der Interviewauswertung, der sich mit der Gesprächsatmosphäre beschäftigt und den Skalen der GTS und GTF weiter untersucht. Die anderen Skalen waren hinzugenommen worden, weil sie Informationen enthalten, wie sich ein Patient in einer gegebenen Situation (die mit Kommunikation zu tun hat) darstellt und wie er sich selbst und wie andere ihn einschätzen.

Zunächst sollen die Korrelationen, die zwischen diesen Skalen bestanden, betrachtet werden (Tafel im Anhang):

1. Die Skala DS 1 korrelierte .42 ++ mit der Skala: zufriedener bagatellisierender Patient (7a2, .34 ++ mit der Skala unzugänglicher und verschlossener Patient (7a4) und .45++ mit der Skala 4 des GTS.
   Dies bedeutet, daß die Neigung eines Patienten, der seine emotionalen Schwierigkeiten mit dem Krankenhaus geringer einschätzt als die Angehörigen des Pflegepersonals, mit seiner Tendenz, Schwierigkeiten zu bagatellisieren und sich im Selbstbild als hypomanisch zu beschreiben, korreliert. Umgekehrt empfinden sich Patienten, deren Schwierigkeiten vom Personal unterschätzt werden, als depressiver und klagen und kritisieren mehr. Schließlich läßt sich interpretieren, daß bei Patienten, die sich selber im GTS als mehr depressiv einschätzen, die Gefahr besteht, daß die Angehörigen des Pflegepersonals die Schwierigkeiten der Patienten unterschätzen, und daß diese Patienten vermehrt Klagen vorzubringen und mit Schwierigkeiten zu ringen haben.
   Auf der einen Seite stehen wieder Patienten, die sich bagatellisierend und locker anpassen, die noch weniger Probleme haben, als das Personal vermutet, auf der anderen solche, die niedergedrückt sind, Schwierigkeiten haben, ohne daß dieser Zustand in vollem Umfang für das Personal deutlich würde.

2. DS 4 korrelierte .33 ++ mit der Skala zufriedener, bagatellisierender Patient (7a2).
   Die Tendenz eines sich als psychosozial stabiler einzuschätzen als das Personal ihn sieht, korreliert mit seiner Haltung, sich zufrieden anzupassen und Probleme zu bagatellisieren. Man kann unterstellen, daß ein solcher Patient sowohl die Probleme im Zusammenhang mit dem Krankenhaus als auch mögliche Probleme seines Alltagslebens verharmlost.

3. Keine Korrelationen fanden sich für die Skalen DS 2 und 3 und für die Summe der Skalendifferenzen.

Die Differenzskalen korrelierten untereinander wie folgt:

Tabelle 37:

DS 1					
DS 2	.51				
DS 3					
DS 4	.61	.47	.24		
SD	.37	.35		.36	
	DS 1	DS 2	DS 3	DS 4	SD

Patienten, die sich selber als weniger emotional beeinträchtigt empfinden, als die Angehörigen des Pflegepersonals erwarten, sehen sich auch weniger als diese sie als gespannt und psychosozial labil und umgekehrt.
Daß diese drei Skalen korrelieren, ist aus den früheren Befunden bekannt.
Die Tendenz von Patienten, sich selber als weniger labil einzuschätzen, korreliert mit der, sich als weniger informationsinteressiert zu betrachten, als im Fremdbild angenommen wird. Die Patienten stellen sich also als stabiler und desinteressierter dar, oder, umgekehrt, als labiler und interessierter.

Die über die Skalen gerechnete Faktorenanalyse ergab eine Zweifaktorenlösung, die im wesentlichen das Gesagte wiederholt:

Tabelle 38:

Faktor 1:	D 1	.8252	Faktor 2:	GTF 6	.6971
	DS	.7825		GTS 6	.5732
	D 4	.7492		GTF 2	.5383
	D 2	.6001		GTS 1	.5159
	7 a 2	.5546		GTF 5	.5026
	7 a 4	.5804			
	GTS 4	.5306			

Der Faktor 1 beinhaltet den Zusammenhang, daß Patienten, die sich weniger emotional beeinträchtigt, weniger angespannt und weniger psychosozial labil sind, sich gleichzeitig als hypomanisch beschreiben, zufrieden und bagatellisierend zum Krankenhaus Stellung beziehen und im Gespräch öfter unzugänglich und verschlossen wirken. Dies lenkt den Blick darauf, daß eine deklariert zufriedene Einstellung, die das Problematisieren vermeidet, eine Form der Verschlossenheit ist, die die unmittelbare Aussageverweigerung umgeht. Man begegnet einer globalen Vermeidungsstrategie gegenüber Problemen, die der Patient auch sich selber gegenüber durchhält.
Im Faktor 2 findet man Patienten beschrieben, die sich selber als sozial impotent betrachten und betrachtet werden, sich gefügig sehen und sozial negativ resonant und als verschlossen wirken, eine Sammlung der Eigenschaften von Problempatienten.

4.4.7.6 Varianzanalysen

Die Varianzanalysen sollten wieder die Abhängigkeit der Differenzskalen von den soziologischen Variablen aufklären, zweifaktorielle Varianzanalysen existieren für die Kombinationen Alter und Geschlecht bzw. Schicht und Geschlecht, einfaktorielle für die Variable Krankheit.

Für die Variablen Alter und Geschlecht fanden sich keine Abhängigkeiten der Skalendifferenzen, weder von Alter oder Geschlecht einzeln noch von der Interaktion.

Bei der Variablenkombination Geschlecht und Schicht ergab sich die Abhängigkeit der Skalendifferenzen 1,2,4 von der Interaktion dieser beiden Variablen.

Skalendifferenz 1

Tabelle 39:

	Männer	Frauen	n = Männer	Frauen
Land	57	53	3	6
SU	42	56	5	8
UM	67	5o	3	11
MM	5o	52	4	11
OM	51	54	5	3
O	61	44	5	1

$\bar{x}$ = 53

P-Werte	F-Werte
G: .324	.99o89
S: .376	1.o9227
GS:.o28	2.74957

Männer der Unterschicht und Frauen der Oberschicht empfinden sich danach mit mehr emotionalen Anpassungsschwierigkeiten belastet als das Pflegepersonal vermutet.

Den zweiten Teil der Aussage muß man, da in dem reduzierten Kollektiv diese Zelle nur mit einer Patientin besetzt ist, mit Vorsicht interpretieren. Daß die Unterschichtpatienten in der an sich extrem spannungsbelasteten sozialen Situation vermehrt Probleme im Krankenhaus haben, wurde besprochen, sie haben zugleich weniger Möglichkeiten, diese Probleme sinnvoll zu kommunizieren oder ihrer Lösung näherzukommen.

Bei Männern der unteren Mittel- und der Oberschicht neigen die Angehörigen des Pflegepersonals besonders dazu, die Probleme der Patienten zu überschätzen.

Bei der Differenzskala 2 ergab sich:

Tabelle 4o:

	Männer	Frauen	P-Werte	F-Werte
L	42	57	G: .928	.oo824
US	62	46	S: .245	1.38425
UM	52	54	GS: .oo1	4.76494
MM	52	48		
OM	48	52		
O	57	6o		

$\bar{x}$ = 53

Bei den Männern unterschätzt das Pflegepersonal die Anpassungsprobleme der Männer vom Land und überschätzt sie bei den Männern aus der Unterschicht. Umgekehrt bei den Frauen: bei denen vom Land werden die Anpassungsprobleme über-, bei denen aus der Unterschicht unterschätzt.
Bei der Differenzskala 4 fand sich:
Tabelle 41:

	Männer	Frauen	P-Werte	F-Werte
L	51	48	G: .115	2.56372
US	46	51	S: .62o	.7o799
UM	56	46	GS: .oo1	4.76377
MM	45	52		
OM	52	51		
O	55	44		

$\bar{x}$ = 5o

Männer der Unterschicht und der mittleren Mittelschicht und Frauen der unteren Mittelschicht sehen sich selber labiler als der Einschätzung des Personals entspricht. Umgekehrtes gilt für die Männer der unteren Mittelschicht. Man kann dies als Ausdruck der weitgehend schicht- und geschlechterspezifischen Problematik betrachten, in der soziale, familiäre und berufliche Probleme in einem weiten Rahmen das Erleben des Patienten prägen. Unzufriedenheit und/oder Doppelbelastung bei Frauen der unteren

Schichten, berufliche Konkurrenz und Aufstiegsproblematiken bei Männern der Mittelschicht und das Gefühl weitgehenden gesellschaftlichen Versagens bei Männern aus Unterschicht- und Randgruppen sind häufig zu erhebende Befunde.

Bei der einfaktoriellen Varianzanalyse mit der Variablen Krankheit fand sich, daß Patienten, deren Erkrankung in irgendeiner Weise von psychischen Problemen kompliziert ist, bei der Skalendifferenz der Skala 4 niedrige Werte aufweisen - das heißt, ihre Labilität höher einschätzen als die Angehörigen des Pflegepersonals - als die Patienten mit einer nur organischen Erkrankung. Bei allen diesen Patienten neigt das Pflegepersonal, wohl aus der im internistisch-somatisch ausgerichteten Krankenhaus kaum betriebenen Beschäftigung mit der weiteren Problematik eines Patienten, dazu, deren Probleme durch Unkenntnis zu unterschätzen.

4.4.7.7 Zusammenfassung

Zusammenfassend läßt sich berichten, daß sich die Unterschiede in der Selbst- und Fremdbeurteilung der Patienten nicht als wesentlich abhängig von den Variablen Alter und Geschlecht gezeigt haben. Schichtspezifische Problematiken finden sich in den Ergebnissen wieder, indem besondere Schwierigkeiten bei durch ihre soziale Situation überdurchschnittlich häufig belasteten Patienten vorkamen, und hier, wie auch bei den Patienten, deren körperliche Erkrankung kompliziert war durch ein psychisches Problem, die Einfühlung der Angehörigen des Pflegepersonals nicht tiefgehend und individuell genug war, um dem Selbsterleben der Patienten folgen zu können.
Das läßt, zusammen mit den früher genannten Befunden, in denen subjektives Leiden der Patienten an der Erkrankung

und deren Interesse nach Information unterschätzt werden, auf eine wenig individuelle routinemäßige Kommunikation des Personals mit den Patienten schließen, deren Folge eine höchstens oberflächliche Einsicht in die persönliche Situation der Patienten ist.
Dies empfindet auch ein Teil des Pflegepersonals. Häufig, und häufiger als von den Patienten selber, war berichtet worden, man habe für die Bedürfnisse des Patienten nicht genug Zeit aufbringen können und es wird vermutet, der Patient habe das Bedürfnis nach mehr Gespräch gehabt.
Auf Patientenseite korrespondiert dem, daß eine deutliche Zahl der Patienten meint, die Schwestern hätten sich gar nicht vorstellen können, was in ihnen vorging.
Einig ist man sich also hinsichtlich der Einschätzung der kommunikativen Situation im Krankenhaus als einer ziemlich desolaten, indem die wirklich wichtigen Inhalte, die oft einen Schlüssel zu Krankheit und Verhalten eines Patienten bilden, der organzentrierten und ablaufzentrierten Routinekommunikation im Krankenhaus zum Opfer fallen. Nach den vorliegenden Zahlen ist ungefähr ein Drittel der Patienten nicht weiter belastet mit Problemen, die eine intensivere Auseinandersetzung erforderten, also geeignet, der Rolle des dieser Einstellung komplementären Patienten zu genügen und ihre Anstrengungen und Bedürfnisse auf ein bloß reibungsloses Abwickeln somatischer Medizin abzustellen. Der Mehrzahl der Patienten bereitet diese reduzierte Situation Schwierigkeiten und labilisiert deren brüchiges Gleichgewicht bis an den Rand der Belastbarkeit.

Dabei tritt regelmäßig bei bestimmten Patienten zu der größeren Belastung eine verstärkte kommunikative Isolation, indem die Patienten nicht in der Lage sind, ihre Bedrängnisse anderen mitzuteilen oder dies selten in einer akzeptierten Form tun können und eher auf Unverständnis und Ablehnung stoßen als auf eine diesen Teufelskreis durchbrechende Einfühlung. Nicht nur widerspricht es dem ärzt-

lichen und pflegerischen Berufsideal, niedergedrückte und ängstliche Patienten zu haben - man möchte möglichst umfassend zufriedene Patienten als Ergebnis seiner Bemühungen sehen- und die Wahrnehmung eines solchen Zustandes bei einem Patienten erfordert das Überwinden von Widerständen; zudem fordert es implizit zur Veränderung der Situation auf. Hier sieht man oft enge Grenzen gesetzt, was die Möglichkeiten des im Akutkrankenhaus Tätigen angeht und die Widerstände der Patienten und der sozialen Verhältnisse gegen Veränderung. Schließlich geht dies mit dauernder persönlicher Belastung und notwendiger Spannungstoleranz einher und erfordert Übung und Ausbildung. Diesen Belastungen steht allerdings die starke Motivation gegenüber, vorher unverständliche Verhaltensweisen, Situationen oder Krankheitsbilder wenigstens interpretieren und etwas begreifen zu können, wo nicht doch Möglichkeiten eines therapeutischen Eingreifens, zumindest eines adäquateren Umgangs entstehen, die einen vom Umherpendeln zwischen Symptomen und Reaktionen, in einem Gewirr von Einzeltatsachen entlasten, so daß die vorher bestandene Spannung reduziert wird. Die klare Einsicht in die wirklichen Zusammenhänge kann nie so belastend sein wie das Herumirren in unverstandenen Einzelheiten.

5. Weitere Folgerungen

5.1 zum Regressionstheorem

Schließlich soll auf das eingangs erörterte Regressionstheorem zurückgekommen werden. Der Position, daß die Regression des Patienten ein notwendiger Bestandteil seiner Rolle im Dienste der Gesundung sei, stand die Einstellung gegenüber, das als Regression bezeichnete Verhalten der Patienten sei ein durch Strukturzwänge induzierter und verselbstständigter Artefakt, der selten in der Realität eine Entsprechung finde.

In einer empirischen Untersuchung Material zu diesem Gegenstand zu sammeln, ist nicht einfach, denn man konstatiert ja immer Folgezustände und Epiphänomene psychischer Vorgänge. Man kann feststellen, ob sich ein Patient ganz von seiner Umwelt zurückzieht, ob er sich passiv verhält oder in kindlich-anklammernder Weise Zuwendung fordert. Selbst dann ist es schwer zu entscheiden, wo es sich um Anteile der prämorbiden Persönlichkeit handelt, die durch die Situation als Patient aktiviert werden, ohne daß sie jedem Patienten zuzuschreiben wären. Man muß auch zugeben, daß die grundsätzliche Einstellung zu dieser Frage die Wahrnehmung beeinflußt. Dasselbe Element kann man als typische Regression im Rahmen der Patientenrolle beschreiben und aus einem anderen Blickwinkel als Ausdruck einer durch das Krankenhaus verursachten kognitiven Desorganisation analysieren.
Wieweit man einen Vorgang als einfühlbar, somit tendentiell normal bezeichnet, liegt wesentlich auch an der eigenen Bereitschaft, sich einzufühlen und die Grenzen zwischen Außenstehendem Ich und der Person z.B. des Patienten für einen Moment probeweise fallenzulassen, um so mögliche eigene Reaktionen und Erlebensweisen in Reaktion und Erleben des anderen gespiegelt zu sehen.

Wieweit betrachtet man zum Beispiel eine unrichtige, magische Vorstellung zur Krankheitsentstehung als ein Rückfallen auf irrationale und frühe Denkweisen, oder versteht sie als die nüchterne Folge mangelnder oder widersprüchlicher Information. Wieweit wertet man den passiven Rückzug eines Patienten in sich selber (der im Krankenhaus ja nicht selten ist) als regressives Verhalten, oder kann es als eine Reaktion auf wiederholte Verunsicherung und Zurückweisung des Kommunikationsbedürfnisses des Patienten verstehen, der schließlich in einer aussichtslosen Situation kapituliert hat. Bei solchen Einschätzungen spielt die Präokkupation mit der einen oder anderen Anschauung eine wesentliche Rolle, es geht um Einfühlung und nicht um Maß und Zahl. Insofern läßt sich das Regressionstheorem auch nicht in eigentlich objektiver Weise be- oder widerlegen. Dies ist aber eigentlich auch zweitrangig, denn es geht mehr darum, aus der Situation ein Konzept zu finden, daß sie zu verstehen und zu bewältigen ermöglicht.

Nach der hier vertretenen Anschauung ließen sich jedenfalls die mit den Patienten gemachten Erfahrungen zwanglos und fruchtbar in Siegrist Konzept vom kognitiv desorganisierten Patienten [1] einordnen, und widersprechende Befunde fanden sich nicht. Einzelne Aspekte sind schon in den vorigen Kapiteln zusammengetragen worden. Die Patienten äußerten durchweg ein hohes und nicht eingeschränktes Interesse an der Auseinandersetzung mit der Krankheit und ihren Folgen. Es bestand kein Anhalt für die Meinung, Patienten hätten sich in Wahrnehmung und Denken von der Umwelt zurückgezogen. Im Gegenteil betonten viele Patienten, wie wichtig gerade in ihrer Situation eingeschränkter Mobilität ihnen die Kontakte mit und Nachrichten aus Familie und Bekanntenkreis seien. Am häufigsten beschäftigten

---

1. J.Siegrist: Erfahrungsstruktur und Konflikt...

sich die Patienten in ihren Gedanken neben der Krankheit mit ihrer häuslichen Umwelt und dem, was dort vorging. Oft genug waren falsche, absurde, magische Vorstellungen über Physiologie, über Anatomie, Pathogenese, Therapie mit einfachen und deutlichen Erklärungen auszuräumen; die Patienten greifen zu solchen Vorstellungen im Zustande des Informationsmangels, an sich besteht große Bereitschaft zu sachlichem rationalen Denken. In überwertige und unrichtige Vorstellungen zu verfallen, ist eine ganz übliche Reaktionsweise, umso mehr, je abhängiger man ist. Die Möglichkeit, an der Expertenposition partizipieren zu können, stabilisiert und macht weniger angreifbar; irrationale Ausflüchte werden unnötig. Hier liegt es in der Hand des Experten, dem Laien das Gebrauchte in sinnvoller und geduldiger Weise anzubieten und das Verhältnis symmetrischer zu gestalten.
Ein passiver Rückzug ließ sich häufiger konstatieren. Auf der Suche nach den Ursachen stößt man teils auf eine Kette frustrierter Kontaktversuche, teils findet man die Grundeinstellung des Patienten zum Krankenhaus schon von dieser Passivität geprägt. Aktivität setzt eine hinreichend zuverlässige und vertrauenserweckende Umwelt voraus, die Orientierung und Ermutigung zu solchem Verhalten ermöglicht. Ein Stationsklima, das den Patienten infantilisiert, indem es ihm kein anderes als passives Verhalten gestattet oder in verwirrender Folge auf der einen Seite passiven Gehorsam, auf der anderen aktives Vertreten eigener Bedürfnisse fordert, (weil deren Erfüllung wie die dessen nach Information eben nicht einfach angeboten wird und konsumiert werden kann) läßt den Patienten in seiner faktischen Abhängigkeit schließlich die Orientierung und den Mut verlieren und kapitulieren.

Zusammenfassend ist zu wiederholen, daß Anhaltspunkte für das Vorliegen von regressiven Vorgängen als konstitutiver Bestandteil der Patientenrolle sich nicht haben

finden lassen, wenn man den Begriff nicht bis zur Bedeutungslosigkeit überdehnen will. Die Besonderheiten der Situation des Patienten im Krankenhaus lassen sich zwanglos unter den vorne beschriebenen neueren Konzepten z.B. von Siegrist, fassen, die zudem emanzipatorische Ansätze, nicht nur für Patienten, sondern auch für das Pflegepersonal und Ärzte beinhalten.
Diese Konzepte kennzeichneten das Regressionstheorem als ideologische Schutzbehauptung, eine zweckgerichtete Fiktion. Wer muß sich wovor schützen ? Regression ist als Abwehrmechanismus beschrieben worden, der in Aktion tritt, wenn eine Situation überfordert wird. Man ist versucht, den Ball zurückzuspielen. Die regressive Tendenz, der sachlichen Realitätsprüfung irrationale Fiktionen vorzuziehen, um die Konfrontation mit dem Tatsächlichen zu vermeiden, läßt sich den Professionellen im Krankenhaus unterstellen. Wovor müssen sie sich schützen ? Ein wichtiger Aspekt betrifft sicher die Erhaltung gewohnter Macht- und Abhängigkeitsstrukturen, die Verfügung über ein Monopol von materiellen und emotionalen Dienstleistungen und die Konstruktion eines möglichst gleichförmig pflegeleichten Patienten. Machtgefälle wehren sich gewöhnlich dagegen, abgebaut zu werden. Doch das kann nicht alles sein, denn es finden sich genug Ärzte und Pflegepersonal, die in der glaubhaft lauteren Absicht, das Wohl des Patienten zu erreichen, eben seine Infantilisierung verewigen, und die Krankenhaus- und Kommunikationsstrukturen unhinterfragt lassen. Sie lernen am Beispiel und Gewöhnung und fallen z.T. zusammen mit den Patienten der selbsterrichteten Fiktion zum Opfer. Zuweilen ist es jedoch äußerst anstrengend, mit einem erfolgreich infantilisierten Patienten umzugehen, oder einem, dessen Gefügigkeit völlig undurchschaubar geworden ist, oder dessen Gleichmut durch einzelne emotionsgeladene Akte durchbrochen wird. Oder ein eigentlich nur unzureichend aufge-

klärter Patient gerät über Verwirrung in völlige Desintegration. Für alle diese Situationen kann das Regressionstheorem wohl eine Erklärung, aber keine Lösung anbieten.
Die Lösung läge aber gerade da, wovor das Regressionstheorem erfolgreich hat schützen sollen. Der einzelne Arzt oder die einzelne Schwester müßte sich in die Situation des Patienten einfühlen und bereit sein, mitschwingend die Affekte wahrzunehmen und ihnen standzuhalten, kurzfristig die Grenzen zwischen den sonst getrennten Personen fallenzulassen. Indem der Einzelne erfaßt, daß der Patient zu der selben Sorte Lebewesen mit ganz ähnlichen Bedürfnissen, Ängsten und psychischen Reaktionen gehört, kommt er den manifesten Reaktionen und deren Verstehen und damit dem Umgehen damit näher. Hier müßte aber zuerst der Gedanke, ein Patient sei etwas grundsätzlich anderes und Fremdes, verlassen werden. Dies ist allerdings für den Einzelnen ein wirklich gewagtes Unternehmen; auch oder gerade ein oberflächlich stabiler und gut organisierter Patient kann unversehens einen Strudel von Affekten und Emotionen öffnen, in den hineingezogen zu werden Gefahr besteht.
Pauschale Distanzierungstechniken verfolgen das Ziel, das zu verhindern und den im Krankenhaus Arbeitenden vor solchen Verwicklungen zu sichern, allerdings um den Preis, daß er dann nicht wirklich weiß, was vorgeht, und mit den Symptomen zu kämpfen hat, wo er die Ursachen zu erkennen nicht wagt.
Letztlich handelt es sich um ein Erziehungs- und Ausbildungsproblem, denn das Aushaltenkönnen von Spannungen und Bewältigen schwieriger kommunikativer und emotionaler Situationen mit Patienten ist prinzipiell lernbar wie auch das Bewußtwerden und Aushalten eigener Ängste, die die Identifikation mit dem Kranken in seiner Situation mobilisiert. Standzuhalten und Stellung zu beziehen fordert

Energie, aber möglicherweise weniger, als ihm auf die Dauer auszuweichen.

5.2 Diskussion der Hypothesen

Im Folgenden werden Gedankengänge wieder aufgegriffen, die im ersten Teil der Arbeit angeschnitten worden sind und die sich jetzt nach Darlegung und Diskussion der Ergebnisse der Untersuchung besser weiterverfolgen und diskutieren lassen. Es ging um Vermutungen zur Frage, wie die unerwartete und erstaunliche Belastungstoleranz der Mehrzahl der Patienten im Krankenhaus zustandekommt.

5.2.1 Rangordnung der Bedürfnisse

Ein erster Ansatzpunkt war, von den Bedürfnissen, die ein Patient im Krankenhaus haben kann, auszugehen. In einem Fragebogen hatten sich die Patienten über ihre Erwartungen ans Krankenhaus und die Wichtigkeit vorgegebener Dinge geäußert. Der Konzeption dieses Bogens lag der Gedanke zugrunde, daß die Situation des Krankenhauspatienten eine Fülle verschieden gelagerter Bedürfnisse auf mehreren Ebenen mit sich bringt, deren Befriedigung mit wechselnder Dringlichkeit erreicht werden muß, um einen Patienten im Krankenhaus stabil bleiben zu lassen. Während die Enttäuschung einiger Bedürfnisse relativ konfliktlos toleriert werden konnte, zog die Nichterfüllung anderer in der Mehrzahl schwerwiegende Krisen nach sich, die sich zum Teil in der Psyche des Patienten, zum Teil offen auf der Ebene der Einordnung in den Stationsalltag abspielten. Als These hatte sich formulieren lassen, daß jeder Patient eine Vorstellung von der Rangordnung der in Frage kommenden Bedürfnisse in sich trägt, die zum nicht immer bewußten Maßstab seiner Toleranzgrenzen beiträgt; weiter spielt

die aktuelle Situation eine Rolle beim Grad der momentanen Belastbarkeit des Patienten. Neben diesem Privaten existiert ein überindividueller Maßstab, der die Bereitschaft des Krankenhauses, Bedürfnissen der Patienten entgegenzukommen, definiert. Demnach ist ein Teil der Patientenbedürfnisse anerkanntes Recht, ein Teil wenigstens möglicherweise erfüllbar, ein Teil prinzipiell unerfüllbar, indem das Krankenhaus in seiner gegebenen Definition und Möglichkeit das in Frage Stehende vernachlässigt.

Zufriedenheit oder Enttäuschung des Patienten richten sich danach, wieweit die für ihn Schlüsselbedürfnisse bedeutenden Dinge ermöglicht werden können. Dabei ist entscheidend, wieweit er sein individuelles bewußtes und unbewußtes Bedürfnisspektrum mit dem vom Krankenhaus Angebotenen zur Deckung bringen kann. Weiter beitragen zu seiner letztendlichen Zufriedenheit kann seine Fähigkeit zu Zurückhaltung und Selbstbeschränkung bei Akzeptieren des vorgegebenen Maßstabes. Ob dies das immer medizinisch, gesellschaftlich und ethisch Richtige ist, steht auf einem anderen Blatt. Erklärtes Ziel des Krankenhausaufenthaltes und zentraler Anspruch der Patienten ist der Wunsch nach optimaler und möglichst erfolgreicher Diagnose und Therapie der in Frage stehenden Erkrankung. Für einen Teil der Patienten kann dies ohne weiteres geleistet werden. Bei einer Gruppe von Patienten versagen die therapeutischen Möglichkeiten der heutigen Medizin vor der Erkrankung, und das Erhalten eines labilen Gleichgewichtes auf Zeit mit symptomatischen Maßnahmen beginnt. Eine weitere Gruppe von Patienten stellt erhebliche diagnostische Probleme, nicht indem die Erkrankung so schwer oder selten ist, sondern indem zu unklaren und fluktuierenden Beschwerden jedes organische Korrelat fehlt, oder der geringe Befund jedenfalls nicht das massiv beeinträchtigte Befinden der Patienten erklären kann. Die somatisch orien-

tierte Medizin stößt an ihre Grenzen. Das begrenzt zugleich die Aussichten dieser Patienten, im Krankenhaus Hilfe für ihr Leiden erfahren zu können. Lediglich der organisch definierbare Teil der Erkrankung ist bei vorwiegend durch ihre psychisch oder soziale Situation beeinträchtigten Patienten erfolgreich zu behandeln. Auf dem größeren Teil der Beschwerden lastet die Hypothek der Unbehandelbarkeit; bei diesen Patienten ist schon bei der Aufnahme ins Krankenhaus die Enttäuschung vorbereitet. Insofern bringt der Patient eine Menge Konfliktstoff mit, der einen problematischen Krankenhausaufenthalt programmiert und es entsteht die Frage, wieweit das Krankenhaus in der Lage ist, hiermit adäquat umzugehen.

Im Dienste der Bedürfnisse nach rascher und effizienter Behandlung sind Patienten oft bereit, das Bedürfnis nach körperlichem Wohlbefinden zu relativieren. Die Krankheitsfolgen und Belastungen durch diagnostische und therapeutische Maßnahmen summieren sich zu einem Zustand, den der Patient in Beziehung zur Möglichkeit und Hoffnung, dies trage zu seiner Gesundung bei, setzt und zu tolerieren versucht. In körperlichen Dingen lieben viele Patienten zu betonen, daß sie "hart im Nehmen", zäh und anspruchslos seien, wenn dies alles nur zum Gesundwerden beitrage. Es herrscht die a-priori-Einschränkung: wer ins Krankenhaus kommt, muß sich auf Schmerzen und körperliche Unannehmlichkeiten gefaßt machen. Dies findet seinen Ausdruck in der Bereitschaft, alles zum glatten Ablauf der medizinischen Maßnahmen beizutragen und alle Belastungen klaglos auszuhalten.
Über das allgemein starke Bedürfnis nach verständlicher Information über Ursachen der Erkrankung und Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie besteht kein Zweifel, und es ist nach vielen vorliegenden Befunden auch in den extremen Situationen unheilbarer oder zum Tode führender

Erkrankungen auf der Seite der Patienten in keiner Weise eingeschränkt. Hingegen besteht eine weitgehende Verunsicherung darüber, wie und wieweit es billigerweise durchzusetzen sei. Hierzu ist, bei den knappen fachlichen Anmerkungen, die ihnen in der Regel während der Visite lediglich zukommen, auf Patientenseite Aktivität, sogar forderndes Verhalten nötig. Dies bringt den Patienten in einen Rollenkonflikt, indem er in der Regel erwartet, daß Ärzten und Personal die Patienten, die möglichst wenig Ansprüche stellten, am angenehmsten seien, und sich bemüht, ein möglichst anspruchsloser Patient zu sein. Andererseits ist das Bedürfnis, mehr zu erfahren, dringlich. Mit der sozialen Distanz des Patienten zum Arzt wächst die Verunsicherung zusätzlich, ebenso mit der Brisanz der Problematik, wo es sich möglicherweise oder in der Phantasie der Patienten um maligne Erkrankungen dreht. Der Patient versucht in der Regel einen Kompromiß, indem seine Vorstöße vorsichtig und nicht zu fordernd kommen und bei unzureichender Antwort nicht wiederholt werden, und eine resignierende Haltung gewinnt dann das Feld. Dies mag erklären, warum Angehörige des Pflegepersonals viel weniger als die Patienten der Meinung waren, diese hätten sich sehr um Information bemüht, indem sie nicht berücksichtigen, daß auch ein schwach erscheinender und bei der ersten Schwierigkeit eingestellter Anlauf den Patienten die Überwindung massiver innerer Schranken gekostet hat, und er natürlich empfindet, sich ganz besonders bemüht zu haben.

Während den Patienten ihre Position zum Informationsbedürfnis klar ist und lediglich über dessen Durchsetzung Unsicherheiten bestehen, setzt beim Bedürfnis nach emotionalem Wohlbefinden im Krankenhaus die Verunsicherung schon bei der Frage nach der Berechtigung dieses zudem unklar definierten Zustandes ein. So rechnen die meisten Patient-

ten damit, im Krankenhaus mehr als sonst Traurigkeit, Einsamkeit und Angst ausgesetzt zu sein, aber über die Möglichkeiten, damit umzugehen, bestehen kaum klare Vorstellungen. Formuliert wird gelegentlich, es sei schön, wenn jemand auch einmal ein gutes Wort für einen hätte. Noch weiterreichend gilt das Gesagte für die Möglichkeit oder den Anspruch, für persönliche Probleme im Krankenhaus Gehör zu finden. Nur eine Minderheit der Patienten (15%) findet, dies solle man im Krankenhaus erwarten können. Andererseits betont eine Mehrzahl der Patienten die Wichtigkeit einer positiven emotionalen Situation und befriedigender Kommunikation auf der Station. Während also die breite Formulierung bei einer Mehrzahl der Patienten Zustimmung findet, halten sich die meisten vor einer Konkretisierung zurück, die aber gerade eine wesentliche Grundlage des allgemeiner formulierten positiven Zustandes bilden könnte. Hier schließen sich die Patienten der Probleme isolierenden Einstellung der organzentrierten Medizin an; das Aggreement, das Krankenhaus finde seine Zuständigkeit ausschließlich im somatischen Bereich, wird nicht angetastet. Die Patienten erwarten keine psychologisch orientierte oder psychosomatische Medizin. Dieser erklärten Einstellung entgegen steht die verbreitete Bereitschaft der Patienten, auf Gesprächsangebote, auch tiefergehender Art, einzugehen, die ein Licht auf das tatsächliche Ausmaß des Bedürfnisses wirft.

Zu den weitestgehenden Abstrichen sind die Patienten hinsichtlich der räumlichen Gegebenheiten, Wohnkomfort und Möglichkeit einer Intimsphäre bereit. Beengte räumliche und sanitäre Verhältnisse, unter denen zuhause kaum ein Patient lebt, werden gleichmütig hingenommen. Ähnliches gilt für die Organisation des Tagesablaufes, die der eines normalen Alltags oft kraß widerspricht. Weck-,Essens-

und Besuchszeiten werden meist widerspruchslos akzeptiert, wie auch die Vorstellung, der Patient habe sich den ganzen Tag zur Durchführung eventueller medizinischer Maßnahmen bereitzuhalten. Die meisten Patienten meinen, daß das Krankenhaus eben kein Hotel sei und man sich in seinen Ansprüchen beschränken müsse.
Das Bedürfnis nach Autonomie, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung wird weitestgehend hintangestellt zugunsten einer Haltung zum Teil devoter Gefolgschaft gegenüber allen Anordnungen und Geboten im Krankenhaus.

Der Stellenwert dieser Bedürfnisse ist verschieden. Zentral sind die Bedürfnisse nach Behandlung der Krankheit und nach Information, wichtig körperliches Wohlbefinden. Verunsicherung herrscht über die Ansprüche, die betreffend des emotionalen Wohlbefindens gestellt werden können, weitgehend ist die Bereitschaft auf Autonomie und Selbstbestimmung und auf äußeren Komfort oder das Angebot breiterer als nur somatischer Auseinandersetzung mit der Situation des Patienten zu verzichten.
Dies betrifft die dem Patienten bewußte Staffelung seiner Bedürfnisse. Wenn man ausgehend vom Bedürfnisspektrum eines Patienten über Grad und Möglichkeiten seiner Zufriedenheit oder Enttäuschung nachdenkt, gewinnen die den Patienten nicht bewußten Bedürfnisse bzw. die vielleicht von der bewußt gesetzten Rangfolge abweichende Wertung einzelner Bedürfnisse Bedeutung.
Besonders die emotionalen und kommunikativen Bedürfnisse werden von Patienten, die schließlich zu einer der Organmedizin konformen Einstellung gefunden haben, bagatellisiert oder verleugnet; in einem Teil der Fälle geschieht dies resignativ, in einem anderen im Dienste der Widerstände gegen psychische Probleme, die Patient, Schwester und Arzt manchmal gemeinsam isolieren und verleugnen.

Daß die weitreichenden Konflikte dann unerkannt und -bearbeitet aus dem Dunkeln heraus weiterwirken und tatsächliche Bedürfnisse der Patienten nicht nur nicht erfüllt sind, sondern dauernd weiter verdrängt werden müssen, schafft große Spannungen, die die Situation zuspitzen.

5.2.2 die "Grundhypothese"

Die Beobachtung, daß jemand bereit ist, zugunsten eines drängenden oder hochrangigen Bedürfnisses auf die Erfüllung eines nachgeordneten zu verzichten, und so seine Belastungstoleranz zu erweitern, hat wenig Originelles an sich und ist natürlich auch im Krankenhaus zu machen. Die Bemerkungen, mit denen Patienten fast durchweg zu ihren Bedürfnissen und deren Erfüllung Stellung nehmen, sind meistens so kurz, prägnant und entschieden, normativ, daß der Eindruck sie wie schon lange vorher gewonnenen Einstellungen, die in der Situation lediglich aktiviert wurden, wirkten. Es entstand weiter der Eindruck, daß die Staffelung der Bedürfnisse einen Teil eines übergreifenden gedanklichen Konzeptes bildete, in dem ein Patient seine grundsätzliche Einstellung zum Krankenhaus beschrieb und sozusagen eine Definition des Verhältnisses zwischen Patient und Krankenhaus aus seiner persönlichen Sicht und Erfahrung gab.
Fast bei allen Patienten war während der ersten Kontakte oder in den Interviews einer solchen grundsätzlichen Einstellung zu begegnen. Mit der wachsenden Erfahrung verdichtete sich das Gefühl, daß es sich dabei um einen möglichen Zugang zur Frage nach den Wegen der sich selbst regulierenden Belastungstoleranz der Patienten handele. Auf der Suche nach einer Bezeichnung für das Gemeinte fand sich der Begriff "Grundhypothese", der im Folgenden dafür verwendet und näher definiert und diskutiert wird. Aus

der Beschreibung von Auftreten und Verwendung soll seine Bedingtheit, Wirkung und Funktion abgeleitet werden.

Bei den Gesprächen fiel auf, daß die Patienten, nach ihrer Einstellung zum Krankenhaus gefragt, oft einen kurzen Satz formulierten. Dieser schien gleichzeitig einleitend und abschließend ausgesprochen, die Patienten waren oft überrascht, zu diesem Thema noch weiteres sagen zu sollen. Hiermit sei doch alles gesagt. Manchmal schien der Gedanken- und Gesprächsablauf geradezu blokkiert und inhaltlich verschiedene Aussagen waren nicht zu erhalten.
Weiteren Gebrauch fand dieser Satz als Antwort auf Einzelheiten des Krankenhausaufenthaltes betreffende Fragen, z.B. nach Untersuchungen, Belastungen irgendwelcher Art, nach seiner Gefühlsverfassung oder möglicher Kritik. Seine Verwendung erinnerte manchmal an magische Bannformeln, die der Vergegenwärtigung aller das seelische Gleichgewicht belastenden Faktoren entgegengesetzt wurden. Neben der weiteren Verbreitung dieses Vorgangs (1) stellte sich heraus, daß einige wenige Einstellungen sich herausarbeiten ließen und bei vielen Patienten wiederkehrten (2) und daß den meisten Patienten eine Einstellung als die bevorzugte zuzuordnen war (3).
Für die Untersuchung wurden die kurzen Formulierungen der Patienten übernommen:

Tabelle 42:

1. Man muß sich doch einordnen. Der Arzt ist mein Chef.
2. Man will doch geholfen bekommen.
3. Ich kann mich überall anpassen und vertrauen.
4. Wenn man freundlich ist, wird man auch gut behandelt.
5. Alle sind ja auch so überlastet, da muß man auf Vieles verzichten.
6. Wenns halt sein muß, muß man sich fügen.
7. Im Notfall gibt es hier alle Geräte und gut ausgebildete Leute.

Jeden dieser Sätze kennzeichnet eine bestimmte normative Orientierung und legt das Schwergewicht auf eine andere Motivation, sich im Krankenhaus zu fügen.
Der erste enthält einen deutlich autoritären Charakter, er beruft sich auf den unbedingten Wert von Ordnung und hierarchischer Gliederung, die Gefolgschaft erfordert.
Im zweiten liegt der Schwerpunkt auf einer passiven rezeptiven Einstellung, die von dem, der als Bittsteller auftritt, Wohlverhalten fordert.
Der dritten Haltung liegt eine humorige Gelassenheit zugrunde, mit der der Sprechende Problemen teils bagatellisierend, teils distanzierend entgegentritt und mögliche Spannungen von vornherein entschärft.
Der nächste Satz bezieht sich auf die Komplementarität menschlicher Beziehungen,und der Sprecher hofft, durch eigenes Wohlverhalten und flexible Anpassung sich die andere Seite günstig zu stimmen, er erkennt, daß er hierbei selber aktiv werden muß.
Im fünften Satz findet eine rationalisierende Entschuldigungsstrategie Ausdruck, die Verzicht unter Inkaufnehmen eines relativ hohen Spannungspotentials fordert. Ein resignativer fatalistischer Rückzug kennzeichnet die Einstellung, man müsse sich in die Notwendigkeiten schicken.
Die letzte Einstellung schließlich bezieht sich auf die technische Kompetenz des Krankenhauses aus der Sicherheit gegen vitale Bedrohung leitet sich emotionale Sicherheit ab.

Über die Häufigkeitsverteilung orientieren die Tabellen 43.

Tab.43 Grundhypothese

	GRUPPE	ANZ.	MITTEL	STREUUNG	autoritär 1	passiv-rezeptiv 2	Gelassenheit 3	Komplementarität 4	Verzicht 5	Resignation Notwendigk. 6	Sicherheit 7	nicht zuzuordnen 8
Alter	JUNGE	18	3.89	2.026	1 5.6	4 22.2	4 22.2	4 22.2	1 5.6	2 11.1	0 0.0	2 11.1
	MITTE	18	4.06	2.754	5 27.8	2 11.1	3 16.7	0 0.0	1 5.6	1 5.6	4 22.2	2 11.
	AELTER	43	2.93	1.981	12 27.9	12 27.9	7 16.3	2 4.7	2 4.7	6 14.0	1 2.3	1 2.3
	ALTE	40	2.90	1.566	5 12.5	16 40.0	10 25.0	2 5.0	1 2.5	6 15.0	0 0.0	0 0.0
Geschlecht	MANN	56	3.55	2.419	16 28.6	8 14.3	11 19.6	2 3.6	1 1.8	9 16.1	5 8.9	4 7.1
	FRAU	63	2.95	1.580	7 11.1	26 41.3	13 20.6	6 9.5	4 6.3	6 9.5	0 0.0	1 1.6
Schicht	Land	14	3.43	2.138	1 7.1	6 42.9	3 21.4	0 0.0	0 0.0	3 21.4	0 0.0	1 7.1
	Stadt Unter -	21	2.95	2.312	6 28.6	7 33.3	3 14.3	1 4.8	0 0.0	1 4.8	1 4.8	2 9.5
	untere Mittel-	31	2.52	1.411	7 22.6	12 38.7	7 22.6	1 3.2	2 6.5	2 6.5	0 0.0	0 0.0
	mittlere Mittel-	31	3.16	1.772	6 19.4	7 22.6	7 22.6	4 12.9	2 6.5	4 12.9	1 3.2	0 0
	obere Mittel-	12	4.83	2.290	1 8.3	1 8.3	3 25.0	0 0.0	0 0.0	4 33.3	2 16.	
	Ober-schicht	10	4.10	2.424	2 20.0	1 10.0	1 10.0	2 20.0	1 10.0	1 10.0	10.	
tation	Int. 1	52	3.10	2.107	14 26.9	12 23.1	11 21.2	3 5.8	1 1.9	6 11.5	3 5.8	3.
	Int.2	48	3.38	2.049	6 12.5	16 33.3	10 20.8	4 8.3	2 4.2	5 10.4	2 4.2	3 6.3
	D5	20	3.25	1.803	3 15.0	6 30.0	4 20.0	1 5.0	2 10.0	4 20.0	0 0.0	0 0.0
	Int1+2	100	3.23	2.074	20 20.0	28 28.0	21 21.0	7 7.0	3 3.0	11 11.0	5 5.0	5 5.0

	GRUPPE	ANZ.	MITTEL	STREUUNG	autoritär 1	passrez. 2	gelassen 3	Komplementär 4	Verzicht 5	Resignation 6	Sicherheit 7	nicht zuzuordnen 8
Anlaß des Aufenthaltes	Durchuntersuchg	22	3.00	1.826	5 22.7	6 27.3	4 18.2	2 9.1	2 9.1	2 9.1	1 4.5	0 0.0
	1 Eingriff	14	3.00	2.148	5 35.7	2 14.3	3 21.4	0 0.0	1 7.1	2 14.3	1 7.1	0 0.0
	chronisch	36	3.22	2.153	8 22.2	10 27.8	7 19.4	2 5.6	0 0.0	6 16.7	1 2.8	2 5.6
	akut	47	3.43	2.040	5 10.6	16 34.0	10 21.3	4 8.5	2 4.3	5 10.6	2 4.3	3 6.4
Aufnahmemodus	Notaufnahme	33	3.85	2.093	3 9.1	8 24.2	7 21.2	4 12.1	1 3.0	6 18.2	2 6.1	2 6.1
	überraschend	33	2.55	1.752	11 33.3	9 27.3	7 21.2	1 3.0	2 6.1	2 6.1	0 0.0	1 3.0
	kurz geplant	25	3.28	2.151	5 20.0	7 28.0	5 20.0	2 8.0	0 0.0	3 12.0	2 8.0	1 4.0
	lang geplant	27	3.11	1.826	4 14.8	10 37.0	5 18.5	1 3.7	2 7.4	4 14.8	1 3.7	0 0.0
Krankheit	org. Erkr	34	3.09	1.832	7 20.6	5 14.7	14 41.2	3 8.8	0 0.0	2 5.9	2 5.9	1 2.9
	org+psych Problem	19	2.32	1.635	7 36.8	8 42.1	0 0.0	0 0.0	3 15.8	1 5.3	0 0.0	0 0.0
	org. aus psych.Pr.	8	3.13	2.532	2 25.0	3 37.5	1 12.5	0 0.0	0 0.0	1 12.5	0 0.0	1 12.5
	psych.Pr. aus org.Kr	36	3.56	2.063	4 11.1	12 33.3	6 16.7	2 5.6	2 5.6	8 22.2	0 0.0	2 5.6
	psychosom.	8	4.25	2.765	1 12.5	3 37.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 25.0	1 12.5	1 12.5
	funktionelle St.	12	3.42	1.975	2 16.7	2 16.7	3 25.0	3 25.0	0 0.0	0 0.0	2 16.7	0 0.0
	nur psych.	3	3.67	2.082	0 0.0	1 33.3	1 33.3	0 0.0	0 0.0	1 33.3	0 0.0	0 0.0
Belastung durch Krankheit	gering	48	3.33	2.087	8 16.7	13 27.1	12 25.0	3 6.3	3 6.3	3 6.3	3 6.3	3 6.3
	hoch	71	3.17	2.007	15 21.1	21 29.6	12 16.9	5 7.0	2 2.8	12 16.9	2 2.8	2 2.8
Belastung durch Eingriffe	gering	66	3.47	1.971	8 12.1	17 25.8	18 27.3	6 9.1	2 3.0	9 13.6	3 4.5	3 4.5
	hoch	53	2.94	2.089	15 28.3	17 32.1	6 11.3	2 3.8	3 5.7	6 11.3	2 3.8	2 3.8

In die ersten drei Formen teilen sich über zwei Drittel der Patienten. Jeder fünfte beruft sich auf die Einordnung in hierarchische Strukturen, fast jeder dritte erwartet passiv eingestellt Hilfe, gut jeder fünfte verläßt sich auf seine Anpassungsfähigkeit.
Männer beziehen sich viel häufiger auf das stramme Unterordnen unter Autoritären, ihr gedankliches Paradigma bilden die Verhältnisse an ihrer Arbeitsstelle. Frauen betonen häufiger, daß man doch geholfen bekommen wolle, und sie versuchen häufiger, sich selber freundlich und angepaßt zu verhalten oder verwenden Entschuldigungsstrategien.
Beide Befunde treffen sich zwanglos mit den verschieden gefaßten Geschlechterrollen.
Jüngere Leute betonen die Komplementarität des Verhaltens, besonderen Wert auf die durch das Krankenhaus gewährleistete Sicherheit legten die Patienten der zweiten Altersgruppe (30-45), bei den Ältesten fällt das Überwiegen der passiv-rezeptiven Haltung auf.
In den unteren Schichten ist die passiv-rezeptive Haltung überdurchschnittlich vertreten, Mittelschichtpatienten betonen gehäuft den Aspekt, durch eigene Anpassungsbereitschaft sich ein positives Echo zu schaffen. Patienten aus ländlichem Milieu neigen zu Gleichmut, Resignation oder passiver Hoffnung, daß geholfen werde. Mit der zunehmenden Höhe der sozialen Schicht nehmen autoritäre und passive Einstellung ab.
Patienten mit nur organischen Krankheiten neigten zu der Meinung, sich überall gut anpassen zu können. Bei Patienten, in deren Erkrankung auch eine psychische Problematik verwickelt war, überwogen passive und resignative Einstellung.

Es war angenommen worden, daß es sich bei der Grundhypothese überwiegend um eine präformierte, unter Umständen schon lange vor dem Eintritt ins Krankenhaus gebildete Einstellung handelte, die überwiegend von demographischen und biographischen Daten abhängig ist. Trotzdem ist vorstellbar, daß Determinanten der aktuellen Situation des Patienten zu Überformungen und Akzentuierungen dieser Vorstellung führen, je nach dem für den Patienten momentan im Vordergrund stehenden Aspekt.
Um dies zu überprüfen, waren einige Items über ihren Verlauf der Krankenhausaufnahme und der Erkrankung als gruppenbildende Variable benutzt worden.
Patienten, die notfallmäßig ins Krankenhaus eingeliefert worden waren, bezogen sich einerseits auf das resignative Sichschicken müssen in die Erfordernisse der Situation, andererseits darauf, mit eigenem Wohlverhalten einen guten Eindruck zu machen. Demgegenüber trat das Betonen von Autorität und Ordnung zurück, was für Patienten, deren Krankenhauseinweisung überraschend gekommen war, einen wichtigen Aspekt darstellte. Patienten, deren Krankenhausaufenthalt lang vorher geplant gewesen war, wiesen öfter darauf hin, man wolle ja geholfen bekommen. Sie standen, kann man vermuten, längere Zeit unter Leidensdruck und Erwartungsangst, die sie mit ihrer Hoffnung auf endliche Hilfe zu bewältigen versuchten.
Patienten, die im Krankenhaus geringer Belastung durch die Krankheit und deren Folgen ausgesetzt waren, fanden öfter zu einer Haltung gleichmütiger Gelassenheit; ihre Belastungstoleranz war nicht übermäßig strapaziert worden. Patienten, die hohen Belastungen ausgesetzt gewesen waren, beriefen sich mehr auf die Notwendigkeit, sich in Ordnungen einzufügen und konnten seltener zu einer gelassenen Haltung finden.
Patienten, die zur Durchuntersuchung gekommen waren, erinnerten häufiger an den im Krankenhaus zu erwartenden

Verzicht, chronisch Kranke neigten häufiger zu einer resignativen Haltung. Für Akutkranke stand der Aspekt, geholfen zu bekommen, im Vordergrund.

Welche Funktion kommt der Grundhypothese im Rahmen der Anpassungsprozesse der Patienten zu ?
Für den Patienten stellt die Grundhypothese ein wesentliches Hilfsmittel bei der Bewältigung der inneren Spannung dar, die bei der Anpassung ans Krankenhaus auftritt. Sie ermöglicht ihm, nicht in jeder einzelnen Situation, die ihm irgendwelchen Affekten aussetzt, reagieren und Lösungsmöglichkeiten zur Erhaltung seines inneren Gleichgewichtes finden zu müssen, sondern versorgt ihn mit einer bewährten und universal einsetzbaren Strategie bei der Bewältigung derartiger Schwierigkeiten. Gleichzeitig bietet sie ihm ein Konzept der Definition seiner Rolle im Krankenhaus, und sie antizipiert eine Reihe aversiver und potentiell spannungsgeladener Situationen, die den Patienten so nicht einzeln überfallen, sondern er versteht sie einzuordnen und zu kommentieren.
Im Einzelnen kann man sagen, daß die Grundhypothese den Werte- und Bedürfniskatalog des Patienten umfaßt, sie stellt die Leitschnur dar, längs derer er seine Bedürfnisse und Erwartungen festlegt, deren Ausdruck dann die beschriebene rangartige Einordnung der Bedürfnisse ist. Das Ausmaß der tolerablen Belastungen wird definiert und es bestehen in dieser Hinsicht sehr weitgefaßte Toleranzgrenzen, unter der Bedingung, daß den zentralen Bedürfnissen in zufriedenstellender Weise nachgekommen werden kann. So ist immer wieder erstaunlich, wie relativ selten bei Patienten nach außen hin sichtbare Dekompensationsreaktionen auftreten, wo sie doch im Krankenhaus in größerem Ausmaß, als man dies guten Gewissens einem Gesunden zumuten würde, einem Hagel von labilisierenden bedrohenden und integritätsverletzenden Faktoren ausgesetzt sind. Die

psychischen Schutzmechanismen, mit denen die Patienten ihre Situation bewältigen, müssen wirklich sehr stark sein und viele berichten eher, sie hätten sich das Ganze weitaus schlimmer vorgestellt. Vor der Aufnahme ins Krankenhaus ist eine Einstellung wie die Grundhypothese anscheinend viel weniger wirksam und Gesunde berichten überwiegend, vor dem Krankenhaus Angst zu haben. Sie erklären, nach dem Krankenhausaufenthalt ihre gemachten und weit weniger als erwartet belastenden Erfahrungen als individuellen Glücksfall. Es scheint, daß während des Wirkens der Grundhypothese die Fähigkeit einzelner Erlebnisse, den Patienten zu traumatisieren oder wenigstens das Bewußtsein geschehener Traumatisierungen zu entstehen zu lassen, relativiert und tendentiell außer Kraft gesetzt wird. Gegen Ende des Krankenhausaufenthaltes fällt es vielen Patienten schwer, sich an belastende Ereignisse spontan zu erinnern, und erst ein gezieltes Befragen kann stattgefundene Traumatisierungen wieder aufdecken.
Im Wesentlichen betreibt der Patient in weiten Bereichen vorwegnehmend eine autoplastische Anpassung seiner Bedürfnisse an die Möglichkeiten des Krankenhauses. Die Asymmetrie des Vorganges wird klar, wenn man überlegt, daß ganz konkreten Konzessionen und Einschränkungen des Patienten in vielen Aspekten seiner aktuellen Lebensgewohnheiten, auch solcher, die durch krankheitsbedingte Ursachen rational nicht zu begründen sind, lediglich unscharfe Begriffe wie Sicherheit, Geborgenheit, Hilfe und Vertrauen entgegengesetzt werden, die durch den konkreten Hintergrund oft nur ungenügend gerechtfertigt sind.

Ein Aspekt dieses Vorganges ist mit dem Begriff eines coping-process zu fassen, der einen psychischen Mechanismus beschreibt, der Anpassung an und Zurechtkommen in einer belastenden Situation im Sinne einer verbesserten Spannungstoleranz ermöglicht. Insofern handelt es sich um eine positive Funktion eines erwachsenen Bewußtseins, im

Dienste bestimmter Ziele Spannungen ertragen zu können. Diese Erweiterung der Belastbarkeit durch autoplastische Anpassung ist im Alltagsleben aus vielen Situationen, in denen ein Schwächerer einer überlegenen Seite gegenübersteht, bekannt und geübt.

Zu berücksichtigen ist auch die inhaltliche Orientierung. Die zugrundeliegende Werteskala geht, was die Definition der berechtigten Bedürfnisse der Patienten angeht, mit der der einseitig somatisch orientierten Medizin konform. Insofern geht sie, wie das zugrundeliegende medizinische Konzept, an wesentlichen Bedürfnissen der Patienten und an z.T. wesentlich pathogenen oder pathologischen Bedingungen vorbei. Aber der Patient, der seine Bedürfnisse und seine Position im Krankenhaus längs der Skala organischer Kriterien definiert, verläßt sich zu Unrecht darauf, daß sich die anderen Bereiche seiner Persönlichkeit hinreichend aus dem Prozeß werden ausklammern lassen. Dies findet seinen Niederschlag in der Grundhypothese, die sich wesentlich auf der kognitiven Ebene bewegt und einen Versuch darstellt, auf eben dieser Ebene auch mit affektiven Inhalten fertig zu werden, was aber nur in bestimmten engen Grenzen erreicht werden kann.
Sie gestattet wohl, eine erfahrene Beeinträchtigung in einen größeren Zusammenhang, der einem übergeordneten Ziel dient, einzuordnen und besser zu verstehen. Dies bewerkstelligt aber noch nicht automatisch, mit den aufgekommenen Affekten fertig zu werden, wenn die Belastungen ein bestimmtes Maß überschritten haben. Denn es ist ja nicht eine Aufarbeitung und Beseitigung von Spannungen erreicht worden, sondern nur Aufschub und Relativierung, die das Maß der Belastung auf ein dem Bewußtsein des Patienten erträgliches reduziert hat.
Vor die Wahrnehmung ist quasi noch ein verkleinernder Filter geschaltet worden. Vorstellbar sind aber Situatio-

nen, in denen der Patient so bedrängt ist, daß er auch kleinen Belastungen nicht mehr standzuhalten weiß, oder daß eine Belastung im Unbewußten des Patienten Vorgänge mobilisiert, die ihn überwältigen, ohne daß die direkte Verbindung mit dem aktuellen, vielleicht ganz kleinen Problem für einen der Beteiligten unmittelbar einsichtig wäre. Dies kann erklären, warum Patienten unter minimalen Belastungen, die andere spielend aushalten, dekompensieren, obwohl sie ungleich Schwereres anstandslos bewältigt hatten.

Wenn man sich mit den Erlebnissen eines dekompensierten Patienten beschäftigt, findet man, daß sozusagen der Filter vor der Wahrnehmung der Einzelheiten der Patientenrolle weggefallen ist, und daß der Betreffende jetzt seine Situation in der ganzen (z.B. in der medizinpsychologischen Literatur geschilderten) Realität erlebt, ähnlich wie sie sich auch ein Gesunder, der über das Krankenhaus nachdenkt, vorstellt: allein, schutz- und hilflos, unorientiert, das Objekt der Entscheidungen anderer, dabei abhängig und hilfsbedürftig erlebt sich der Patient, dessen psychische Ressourcen zur Aufrechterhaltung seines inneren Gleichgewichtes erschöpft sind. Nun ist eine Fülle von Klagen und Kritik auf Befragen unmittelbar zugänglich und muß nicht erst, wie bei den wohladaptierten Patienten mühsam aus einem Netz von Projektionen, Verschiebungen und Bagatellisierungen herausgelöst werden.

Insofern läßt sich die Grundhypothese als psychischer Vorgang beschreiben, dem es unter dauernder Anstrengung wenigstens teilweise gelingt, bedrohliche Konfrontationen zu vermeiden und Gefahren für das innere Gleichgewicht in Schach zu halten, sie trägt auch die Zeichen eines durch Zusammenbrechen der Gegenbesetzung immer bedrohten Abwehrmechanismus.

Die geschilderten, von den Patienten verwendeten Grundhypothesen enthalten die beiden Aspekte der Grundhypothese, die des Abwehrmechanismus und des coping-proces in verschiedenem Mischungsverhältnis. Je strenger der Patient in ihr von sich selber fordert, seine emotionalen und affektiven Bedürfnisse einem vernunftgeleiteten rigiden System zu unterwerfen, desto riskanter ist das Spiel hinsichtlich eines möglichen Zusammenbruches. Wer z.B. sich auf die im Krankenhaus angebotene Sicherheit bezieht, kann wenigstens einen Teil seiner emotionalen Bedürfnisse unterbringen. Wer von der Notwendigkeit der Unterordnung gegenüber Autoritäten überzeugt ist, kommt mit der Zeit in Konflikt mit seinem Gefühl, Gegenstand, über den entgegen seinen Wünschen entschieden wird. Wer immer neu erlebte Frustrationen z.B. seiner Kontakt- und Versorgungswünsche immer neu durch die Überlastung des Personals entschuldigen muß, gibt ein lebhaftes Bild von der immer neu notwendigen Anstrengung der Gegenbesetzung, um die eigenen Wünsche und die durch ihre Enttäuschung vermehrt aufkommenden Aggressionen in Schach zu halten.

Einen weiteren Zugang zu den Bedingungen, unter denen die Verwendung der Grundhypothese ihren Zweck, den der Stabilisierung des Patienten in Krisensituationen nicht erreicht, (neben der Situation, in der auch die erweiterte Belastbarkeit überschritten worden ist) findet man, wenn man sich näher mit dem normativen Spektrum, in dem sich die Grundhypothesen bewegen, betrachtet. Dies findet sich in zweierlei Hinsicht als problematisch. Einmal findet die Regelung und Definition der Bedürfnisse der Patienten unter der üblichen rein somatischen Orientierung statt. Die körperliche Genesung ist das Ziel des Krankenhausaufenthaltes, neben dem alles andere irrelevant erklärt wird. Zur Regulierung bzw. möglichster Reduzierung der wenig

bis gar nicht abgedeckten emotionalen und psychischen Bedürfnisse beizutragen, ist gerade eine Funktion der Grundhypothese. Unter einem eingeengten Ansatz wird die Stabilisierung des Patienten angestrebt unter der Vorspiegelung der falschen Tatsache, daß trotz der Vernachlässigung wesentlicher Teile der Existenz - und zwei Drittel der Patienten weisen gerade hier besondere Problemstellungen auf - eine fundierte Humanmedizin betrieben werden kann. Da aber ein künstlich abgetrennter Teil das Ganze nicht ausreichend vertreten kann, entsteht ein systematischer Fehler in den Bedingungen, unter denen Medizin in der Regel im Krankenhaus betrieben wird, und ein labiles Gleichgewicht wird mit einem weiteren Risikofaktor ausgestattet.
Auf der anderen Seite findet man unter den Werten, auf die die einzelnen Grundhypothesen rekurrieren, überwiegend solche restriktiver Art: Härte, Leistung, Verzicht, Zähigkeit, Unterordnung unter Autoritäten, Gehorsam, Sich-Schicken in die Notwendigkeit. Höchstens wird ausgedrückt, daß sich der Patient gewissermaßen aus der Situation herausnehmen und gelassen über ihr stehen kann. Permissiv oder emanzipatorisch ausgerichtete Werte kommen nicht vor: Kritik, Partnerschaft, Selbstverantwortung, Aktivität, Sich-gehenlassenkönnen. Auch insofern bleiben die Grundhypothesen in ihrer Definition der Patientenrolle durchaus konservativ, sie stellen vielmehr Reduktionsstrategien dar, mit denen sich der Patient einer Gegebenheit bloß anpaßt, anstatt wirklich an ihr teilzuhaben, sie leisten also einen Beitrag zur Erhaltung hierarchischer und restriktiver Strukturen, und stabilisieren die Umstände, die ihren Gebrauch nötig machen.

Dies bleibt nicht ohne Folgen für den gegenwärtigen Krankenhausbetrieb. Mit der Stabilisierung einzelner Personen wird die Stabilisierung des ganzen Systems erreicht. Die

verschiedenen Situationen der Beeinträchtigung, die Krankheit mit sich bringt, müssen überwunden werden und der zweckrationale Umgang mit Krankheit erfordert ein gewisses Maß an Spannungstoleranz. Von einem bloß rationalistischen Standpunkt aus handelt es sich um ein praktisches und vernünftiges Geschehen, einen Beitrag des Patienten zu seiner eigenen Gesundung. Daß der Patient den Schritt zur Selbstbeschränkung und Bedürfnisregulierung leistet, wird vorausgesetzt. Der an der Oberfläche meist erreichte Anpassungserfolg hilft darüber hinwegtäuschen, daß eine "vollständige" Versorgung eines aufs Organische reduzierten Patienten immer Stückwerk bleibt. Indem sie in Zielen und Verrichtungen auf das Somatische beschränkt bleibt, vermag sich eine solche Medizin auch an einem psychisch alterierten Patienten zu betätigen. Dies verhindert den adäquaten und redlichen Umgang mit den anderen Teilen des Patienten oder verführt wenigstens sehr dazu, sie zu vernachlässigen. Die im großen Teil der Fälle resultierende glatte Oberfläche läßt die Gesamtsituation der Patienten im Krankenhaus viel positiver annehmen, als sie eigentlich ist und fördert damit eine illusionäre Schönfärbung des Sachverhaltes. Die wenigeren Fälle, in denen der Vorgang offensichtlich versagt, und die reibungslose Anpassung mißlingt, können nicht folgerichtig in diese harmonisierende Auffassung eingeordnet werden und imponieren als schwer verstehbare Krisenreaktionen, aber als Randphänomene, die nicht als Folge eines systematischen Fehlers betrachtet werden, und mit der Erklärung entfällt die mögliche Bearbeitung des Problems. Anderenfalls fände man, daß der angeblich zweckrationale, der Wiederherstellung körperlicher Gesundheit dienende Betrieb streckenweise auf Kosten der psychischen Gesundheit seiner Patienten stabil bleibt. Vorn wurde belegt, daß der psychische Zustand der Patienten sich im Krankenhaus weit weniger verbessert als der körperliche, daß Patienten oft im

Krankenhaus zunehmender Labilisierung unterliegen und daß bestimmte Patientengruppen besonders gefährdet sind. Hier handelt es sich gerade um die, deren Bedürfnisreduktion auch durch die Anwendung der Grundhypothesen nicht geleistet werden kann, die Patienten, zu deren Krankheitsbild auch psychische Problemstellungen hinzukommen. Indem von vornherein die Patienten daran gewöhnt sind, ein Maximum an Anpassungsarbeit still für sich zu leisten, wird der gegenseitige Charakter von Anpassungsvorgängen vernachlässigt und vergessen zu fragen, wie das Krankenhaus eventuell auf die Bedürfnisse der Patienten in einem umfassenderen Sinne besser eingehen könnte. Schließlich muß nicht nur der Zweck, sondern auch die zu seiner Erreichung nötigen Einzelschritte einer kritischen Wertung unterliegen. Es ist bekannt, daß verschiedene Regeln und Rituale, die in den Krankenhäusern bestehen, nicht einmal mittelbar auch nur mit der somatischen Genesung der Patienten in zweckgerichtetem Zusammenhang stehen, sondern anderweitigen, entweder rein administrativen oder hierarchischen Systembedürfnissen einer nicht patientorientierten Medizin genügen, wobei sie oft genug faktisch ihrem erklärten Ziel, dem Wohl der Patienten, entgegenarbeiten. Beispiele sind, daß Patienten meist keine Übersicht über Medikamente und Therapieplan haben, zu wenig Information das Vertrauen in die Medizin und die Befolgung ärztlicher Ratschläge herabsetzen, schließlich hierarchisch orientierte Verhaltensrituale im Krankenhaus, die ein partnerschaftliches Arzt-Patientverhältnis verunmöglichen, und die Vernachlässigung der psychosozialen Bedürfnisse der Patienten, die die praktizierte Medizin von vornherein zu Stückwerk degradiert.
Im Dienste eines emanzipatorischen Ansatzes in der Medizin stünde dagegen eine kritische Auseinandersetzung mit den einzelnen Elementen des Krankenhauses und der eingeschliffenen Verhaltensweisen und Rollenkonzepte.

Wenn man unter dieser Vorstellung Patienten befragt, was sie zu kritisieren hätten oder sich anders vorstellen könnten, ist man erstaunt, daß vielen, und zwar auch solchen, die im Krankenhaus keine besonders gute Zeit verbracht hatten, nichts rechtes einzufallen scheint. Eine schwammige verbale Zufriedenheit des Patienten als Folge von Sanktionsängsten zu begreifen, ist nicht ausreichend. Denn der Patient drückt in einer solchen Situation weniger ängstliche Verschlossenheit aus oder pauschale Ablehnung der Frage, sondern das Fehlen von Einfällen, wenigstens solchen, die über Kritik an Dingen wie Kaffee oder Kost oder sanitären Anlagen, hinausgehen. Die Wahrnehmung kritisierenswerter Umstände an sich scheint eingeschränkt. Wo Kritik geübt wurde, betraf sie meistens materielle Gegebenheiten, mit dem Kommentar, daß dies alles ganz unwichtig sei, das Krankenhaus sei eben kein Hotel. Die vielfältig beschriebenen Zumutungen im Krankenhaus wurden kaum angeführt, die Scheu, Kritik am Verhalten von Ärzten oder Pflegepersonal zu üben, war besonders groß. Lediglich Patienten, die ihre Konflikte mit dem Krankenhaus ganz bewußt erlebt hatten, konnten ausführlich über die Vielzahl sie beeinträchtigender Umstände berichten, ohne Gesagtes in einem Nachsatz sofort wieder zurückzunehmen.
Kritik kam von Patienten, die ein generell getrübtes Verhältnis zum Krankenhaus erfahren hatten, und von solchen, die über ausreichende intellektuelle Distanzierungs- und Reflexionsmöglichkeiten verfügten und sich in der Auseinandersetzung mit dem Krankenhaus relativ unabhängig fühlen konnten. Hier handelte es sich vorwiegend um jüngere, leichtkranke Patienten, meist aus höheren sozialen Schichten. Diese Patienten konnten sich darauf verlassen, im Bedarfsfalle ihre Kritik in geeigneter Weise an der zuständigen Stelle vorbringen zu können, also im günstigen Fall Erfolg ihrer Bemühungen erhoffen. Für andere Patienten wurde Kritisieren im Krankenhaus zu einem Spannungen und

Ängste weckenden Unternehmen, ohne viel Aussicht auf Erfolg zu bieten. Die Patientenrolle enthält auch keine Ermunterung, sich kritisch mit den Gegebenheiten auseinanderzusetzen, sie fordert im Gegenteil Anpassung und Gehorsam. Insofern ist es nicht verwunderlich, daß im Krankenhaus so wenig offene und sachbezogene Kritik zu hören ist. Um aber in einem komplexen und problematischen System schwache Stellen herauszufinden, wäre eine offene und freimütig kritische Auseinandersetzung aller Beteiligten nötig. Unter diesem Gesichtspunkt wirft alles, was Abhängigkeiten verschleiert und unhinterfragt zementiert, und so die Auseinandersetzung erschwert, zurück. Ein Ziel wäre, daß Patienten lernen, ihre Möglichkeiten, Spannungen zu tolerieren, in den wirklich unvermeidbaren Situationen anzuwenden und im übrigen ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und zu vertreten.
Asymmetrische Verhältnisse, die auf der einen Seite bloß Gehorsam in Abhängigkeit ohne bewußte Teilhaberschaft und Verantwortung fordern, bieten ja auch der anderen Seite keine Vorteile, sondern überlasten sie mit Verantwortung für das Gesamt des Geschehens, das ihrem Einfluß nur teilweise unterliegt. Die Folge ist oft bei Ärzten oder Pflegepersonal ein resignativer innerer Rückzug vom Patienten und aus der Verantwortlichkeit, und die Situation wird für alle Beteiligten unzufriedenstellend. Dem Bestreben, für Patienten, Ärzte und Schwestern emanzipatorische Ansätze zu verwirklichen, entspringen die Neukonzipierungen der Rollen und Beziehungen der Beteiligten, etwa im Gedanken der therapeutischen Gemeinschaft.

6. Zusammenfassung

Die im Vorhergegangenen einzeln dargestellten Ergebnisse sollen noch kurz unter den eingangs gestellten Fragen zusammengefaßt werden.
Es war nach der Bedeutung der einzelnen Aspekte des Lebens im Krankenhaus für die Patienten gefragt worden. Hier hatte sich herausgestellt, daß die einzelnen Patienten auf die verschiedenen ihnen im Krankenhaus begegnenden Ereignisse und Belastungen in ganz unterschiedlicher Weise reagierten und Stellung bezogen. Ihr Empfinden und Verhalten zeigte sich stark von ihren Lebensumständen und ihrer psychosozialen Situation geprägt. Patienten, die in ihrem alltäglichen Leben stabil und mit ihren familiären, beruflichen und sozialen Umständen zufrieden waren, zeigten sich den Belastungen durch ihre Erkrankung und durch die Patientenrolle im Krankenhaus viel besser gewachsen als solche mit weiterreichenden Lebensproblemen. Sie berichteten seltener über emotionale oder formale Anpassungsschwierigkeiten, konnten sich besser einfügen und kooperativer und aktiver an ihrer Behandlung mitarbeiten. Der Zusammenhang zwischen psychosozialer Stabilität und geringen Anpassungsschwierigkeiten im Krankenhaus war durchgängig in den Fragebogen und den Interviews zu erheben. Diese relativ stabilen und belastbaren Patienten machen den kleineren Teil der Gesamtzahl aus.

Als ähnlich bedeutsam für eine konfliktarme Anpassung des Patienten ans Krankenhaus und seine Kooperation bei der Behandlung erwies sich eine ausreichende und verständliche Information über die eigene Erkrankung und deren Konsequenzen, über Sinn, Zweck und Ergebnis der einzelnen Maßnahmen und über Diagnose und Prognose der Erkrankung. Ein sich hinreichend informiert fühlender Patient fühlte sich von seiner Erkrankung weniger bedroht, weniger be-

lastet von medizinischen Maßnahmen und bereiter zu aktiver Beteiligung an der Behandlung.
Einige Patientengruppen zeigten sich besser als andere in der Lage, sich in offensiver Weise die nötigen Informationen zu beschaffen und so die zu ertragende Spannung zu reduzieren (jüngere Patienten, Männer und solche aus den oberen Schichten).

Anpassungsschwierigkeiten der Patienten im Krankenhaus lassen sich unter zwei Aspekten zusammenfassen; beide Haltungen kommen oft gemeinsam, unter fallweisem Überwiegen der einen oder anderen Seite vor, beide zusammen häufiger bei Patienten, die sich selber als psychosozial labil oder depressiv beschreiben.
Einmal äußerten Patienten emotionale Anpassungsschwierigkeiten, sie fühlten sich oft sowieso in ihrem Leben und erst recht in der Krankenhaussituation chronisch alteriert, bedrückt, niedergeschlagen und hilflos. Ihre Reaktion im Krankenhaus brachten sie meistens selber mit ihrer allgemein belastenden und deprimierenden Lage in Zusammenhang, in der das Krankenhaus als solches lediglich eine marginale Rolle als zusätzlich belastender Faktor (ersetzbar durch irgendeine andere Krise) spielte. Andererseits äußerten Patienten Schwierigkeiten, sich mit den Anforderungen und Zumutungen, die das Krankenhaus an sie stellte, zu arrangieren, hier wurde das Krankenhaus als mindestens deutliche Mitursache, wenn nicht als alleinige Ursache der psychischen Befindensstörung eingeschätzt.

Es ließ sich belegen, daß Patienten aus verschiedenen Krankenhäusern, die über sehr unterschiedliche äußere Gegebenheiten verfügen, sich hinsichtlich der genannten Fragestellungen nicht unterscheiden.
Dies bestätigt die eingangs formulierte Erwartung, daß für das gesamte Befinden der Patienten andere Dinge ausschlaggebender sind. Die Räumlichkeiten bilden den Hinter-

grund,vor dem sich die Entwicklung des Patienten abspielt, sie können diese Entwicklung nur in geringerer und wenig tiefgehenden Weise grundsätzlich beeinflussen. Viele Patienten werten den räumlichen Komfort als relativ unwichtig für ihr Wohlbefinden und sind, solang sie andere zentralere Erwartungen erfüllt sehen, zu weitgehenden Abstrichen bereit; erst wenn diese unerfüllt bleiben, treten zu Klagen darüber solche über schlechte räumliche Verhältnisse. Komfortable Räumlichkeiten können anderweitige unerfüllte Bedürfnisse der Patienten nicht kompensieren, Probleme mit der Krankheit, ihren Folgen und Information darüber und Schwierigkeiten bei der Anpassung ans Krankenhaus oder psychosoziale Probleme bleiben dieselben. Mittelbar nehmen die äußeren Gegebenheiten auf das Befinden der Patienten Einfluß, indem sie mit die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals definieren und so über den Anteil patientenzugewandter Tätigkeiten bzw. den Reibungsverlust durch Ordnungs- und Instandsetzungsarbeiten in unzweckmäßigen Räumlichkeiten (und damit Fortwendung vom einzelnen Patienten) entscheiden. Wo dieser minimal gehalten werden könnte, könnte ein großer Teil der Energie des Pflegepersonals freigesetzt und den Patienten verfügbar gemacht werden.

Geschlechtsspezifische Probleme der Patienten im Krankenhaus zeichneten sich nahezu keine ab. Frauen, besonders der unteren Schichten, berichteten im Gespräch häufiger über eine konfliktreiche soziale Existenz und erwiesen sich häufiger als weniger gut informiert; sie waren bereiter, über die emotionalen Implikationen von Krankheit und Krankenhausaufenthalt zu sprechen.

Bedeutend ist hingegen der Einfluß des Alters der Patienten. Jüngere Leute betonten stärker ihr allgemeines Interesse an medizinischer Information, sie sind bereiter, sich auf einer kognitiven Ebene mit dem Krankenhaus aus-

einanderzusetzen. Die jüngsten und die ältesten Patienten neigten am stärksten dazu, Probleme bagatellisierend abzutun und sich als voll zufrieden mit dem Krankenhaus zu bezeichnen. In den Gesprächen fanden sich hierfür unterschiedliche Motivationen:
Für junge Leute hatte der Krankenhausaufenthalt meistens den Charakter einer passageren Episode, die das grundsätzliche Gleichgewicht des Lebens nicht weiter in Frage stellte und eine tiefergehende Auseinandersetzung und Problematisierung ihnen überflüssig erscheinen ließ; bloßes Aushalten und Abwarten versprach die Problemlösung.
Die älteren Patienten befanden sich oft gesundheitlich in einem wesentlich schlechteren Zustand, zum Teil bestand wenig Aussicht auf eine Wiederherstellung. Dauernde Hilfs- und Pflegebedürftigkeit macht sie abhängig und darauf angewiesen, den Willen anderer zu akzeptieren, ohne sich Kritik leisten zu können. Angst vor Sanktionen durch Personen, von denen sie sich bei der Verrichtung kleinster Dinge abhängig fühlen, spielt eine große Rolle.
Das "sich fügen müssen" als Preis für das "geholfen zu bekommen" wird von den alten Leuten häufig resignierend zitiert. Zudem beschränkt Bettlägerigkeit die Kommunikationsmöglichkeiten. Eingriffen und medizinischen Maßnahmen sehen sich alte Leute häufiger hilflos ausgeliefert, sie bilden eine Quelle für Angst und Traumatisierungen.

Hingegen unterscheidet sich das Bedürfnis älterer Patienten, genau über ihre Situation Bescheid zu wissen, nicht von dem jüngerer Patienten; sie können sich damit nur weniger gut durchsetzen und bekommen es spontan seitens Ärzten und Pflegepersonal seltener erfüllt. Möglicherweise akzeptieren sie ältere Leute noch seltener als vollwertige Gesprächspartner und trauen ihnen eine rationale Auseinandersetzung mit ihrer Situation nicht zu, zumal der wirklich schlechte Zustand (z.T. auch nur körperlich) eines Teils der alten Patienten leicht dazu verführt,

die Haltung gegenüber einem arteriosklerotisch verwirrten Patienten auf alle Älteren und Alten auszudehnen. Andererseits ist ein Eingehen auf die Situation alter Patienten oft viel belastender, man muß sich häufig der Situation stellen, daß eine Heilung oder auch nur Linderung des Leidens nicht möglich ist, und sich dann auch der Reaktion der Patienten daraufhin aussetzen. Entsprechend häufiger kommt es gegenüber schwerkranken und moribunden Patienten zu Vermeidungsstrategien, um sich diesen Fragen und Situationen nicht stellen zu müssen [1]. Doch gerade Patienten, die sich in ihrem Aktionsradius und in der Integrität ihrer körperlichen Kräfte und der Kontrolle ihrer Körperfunktionen weitgehend eingeschränkt sehen, reagieren sehr empfindlich auf die Handhabung ihrer Bedürfnisse durch die Personen, von denen sie abhängig sind, ein Eingehen auf diese Bedürfnisse in Gespräch und Auseinandersetzung wären darum doppelt wichtig.

Der grundsätzliche Anpassungserfolg an die Gegebenheiten im Krankenhaus erwies sich als nicht schichtabhängig, wohl aber die von den Patienten dabei beschrittenen Wege und Einzelheiten, die unmittelbar konstituierend für ein entspanntes Verhältnis des Patienten zum Krankenhaus werden können. Patienten der oberen Schichten waren häufiger zu einer kritisch-rationalen und kognitiven Auseinandersetzung mit den Problemen in der Lage. Sie konnten Einzelheiten besser differenzieren und darauf reagieren, und so besser zur Erfüllung ihrer Bedürfnisse kommen, etwa, indem sie sich notwendige Informationen zu beschaffen oder sich in Konfliktsituationen in der der üblichen Kommunikation im Krankenhaus angemessener Weise auseinandersetzen konnten. Unterschichtpatienten reagierten öfter pauschal und emotional auf das Belastende der Gesamtsituation an

---

1. J. Siegrist: Arbeit und Interaktion ....

sich, und die größere Fremdheit des Milieus und die soziale Distanz machte ihnen die erfolgreiche Auseinandersetzung viel schwerer; sie konnten dann versuchen, alles auf die leichte Schulter zu nehmen, sich betont devot anzupassen, für die Zeit im Krankenhaus sich auf passives Erdulden ohne eigene Beteiligung an der Situation einzustellen,oder es kam (vereinzelt) zu heftigen emotionalen Ausbrüchen, ohne daß dies die Positionen besser geklärt und ein besseres Eingehen auf die Bedürfnisse des Patienten erreicht hätte.
Im Einzelnen erwiesen sich Patienten aus der Unterschicht als schlechter informiert und ertrugen medizinische Maßnahmen manchmal schlechter. Ihr Informationsbedürfnis war hingegen dasselbe wie bei Patienten höherer Schichten. Sie haben aber größere Schwierigkeiten, sich damit durchzusetzen. [6].

Unterschichtpatienten berichteten auch häufiger über konfliktreiche und unbefriedigende soziale und berufliche Verhältnisse und verfügten auch in ihrem privaten Leben über geringere Möglichkeiten, sich kritisch und distanziert mit schwierigen Situationen auseinanderzusetzen. Insgesamt standen Patienten aus der Unterschicht, besonders Männer, häufiger in einem gespannten Verhältnis zum Krankenhaus, das sich in einzelnen Fällen zu einem zähen Frontenkrieg entwickelte. Auf teilweise chaotische, wenigstens grob unangepaßte Reaktionen der Patienten antworten Strenge und Sanktionen, ohne daß dies für eine Seite erfolgreich gewesen wäre. Im Gegenteil bedeutet dies

---

6). Anm.: v. Troschke berichtet, daß 76% der Unterschichtpatienten, 49% der Mittelschichtpatienten und 22% der Privatpatienten klagen, der Arzt habe zu wenig Zeit für sie.

ein Unterstreichen der sozialen Distanz zwischen Patient und Krankenhaus, somit eine Aufkündigung der grundsätzlichen Solidarität zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten (dessen Bedürfnissen es schließlich dienen soll) und eine weitere Labilisierung des Patienten durch Aktualisierung der Gefühle von Unterlegenheit und Isoliertheit. Wo nicht die Aggression, wächst resignative Passivität und Gleichgültigkeit, und beides verunmöglicht ein adäquates und rationales Umgehen mit der Krankheit und der weiteren Situation des Patienten. Freilich kommt das Krankenhaus hier an die Grenzen seiner Möglichkeiten, indem es in der bestehenden Form soziale Mißstände zu beeinflussen wenig angelegt ist. Umso wichtiger wäre eine Zusammenarbeit mit in Sozialarbeit erfahrenen Stellen.

Was die Bedeutung der Krankheit für das Ergehen des Patienten im Krankenhaus angeht, war mehrfach zu finden, daß der absolute medizinische Schweregrad der körperlichen Erkrankung von geringerer Bedeutung ist. Die besten Chancen, sich im Krankenhaus gut einzufügen und wohlzufühlen, haben die Patienten, die, aus einem sie zufriedenstellenden sozialen Milieu kommend, eine organische Erkrankung haben, die in keiner Weise mit psychischen Problemstellungen vergesellschaftet ist. Ein solcher Patient kann seine an das Krankenhaus gestellten Erwartungen tatsächlich erfüllt sehen, indem Aussichten auf eine erfolgreiche Behandlung der Erkrankung bestehen. Für andere Patienten gilt diese Voraussetzung nicht oder nur eingeschränkt. Weder kann das Krankenhaus an psychischer oder sozialer Problematik, mit oder ohne Zusammenhang mit der Krankheit, grundsätzliches ändern; und oft genug ist das subjektive Leiden des Patienten viel mehr dadurch bestimmt als durch eine dazukommende körperliche Störung. Auch kann ein Patient, der an unklaren funktionellen Störungen oder an einer psychosomatischen Krankheit leidet, von der or-

ganisch-internistisch orientierten Medizin nicht mehr als eine symptomatische Behandlung erwarten, bei zunehmend eingreifender Diagnostik auf der Suche nach einer Organerkrankung. Indem eine klare Diagnose nicht gestellt und keine Therapiestrategie entwickelt werden kann, wird ein solcher Patient auch nie so umfassend und damit beruhigend informiert werden können wie einer mit einem definierten Krankheitsbild. Wie in einem Zwangsritual folgt auf übersteigerte Hoffnungen an den momentanen Krankenhausaufenthalt die Ernüchterung, wenn einmal mehr kein Ergebnis und damit keine Hoffnung vorliegt. Dabei unterhalten die betreffenden Patienten oft selber diesen Zyklus, indem sie sich auf eine andere als organische Interpretation ihrer Leiden nicht einlassen und selber auf immer weiteres Eingreifen dringen.

Zur Frage nach den Wegen, wie Patienten ihre Situation im Krankenhaus sich erschließen und psychische Probleme bewältigen, sind zwei Konzepte ausführlich vorgestellt und diskutiert und aus dem Material aus der Untersuchung belegt worden. Für die Patienten existieren verschiedene abgrenzbare Bedürfnisse, die in der Wichtigkeit nach einer persönlichen Rangfolge gestaffelt sind. Sofern eine Befriedigung der subjektiv höchstrangigen Bedürfnisse erreicht worden war, zeigten sich die Patienten sehr bereit, die Frustration nachgeordneter Bedürfnisse mit weitreichender Toleranz zu tragen.
Weiterhin vertiefte sich der Eindruck, daß die Patienten sich eine grundsätzliche Einstellung zum Krankenhaus und ihrer Rolle mit Rechten und Pflichten darin bildeten oder schon mitbrachten und in ihrer individuellen Situationsbewältigung sich in den Einzelheiten von dieser vorgefertigten Einstellung leiten ließen. Sie waren so in der Lage, sich besser im komplexen Zusammenhang des Krankenhauses mit seinen verschiedenartigen Belastungen und Anfor-

derungen zu orientieren, als wenn eine Auseinandersetzung mit jedem Detail hätte geleistet werden müssen. Dieser Vorgang wurde als ein tragendes Element in der üblicherweise beobachteten Spannungs- und Belastungstoleranz der Krankenhauspatienten gewertet.

Anhaltspunkte, die die in der Literatur diskutierte Vorstellung, der Patient befinde sich psychisch in einem Zustand der Regression, hätten stützen können, fanden sich im erhobenen Material nicht. Vielmehr sprach alles dafür, daß für die Patienten, und gerade solche in körperlich eingeschränkter Verfassung die Bewußtheit und das Ernstgenommenwerden eine zunehmend wichtige Rolle spielen, wobei von Menschen in extremeren Situationen extremere Reaktionen im Bereiche des Normalen und Einsehbaren liegen, und es umso wichtiger ist, sorgfältig und genau darauf ein- und damit umzugehen. Es ist diskutiert worden, ob nicht die als Regression des Patienten gedeuteten Reaktionen nicht erst durch das Vernachlässigen oder Verweigern dieses Eingehens auf die Besonderheiten der Situation des Patienten induziert und damit die Wirkung mit der Ursache verwechselt worden sind.

Bei den Stellungnahmen von Angehörigen des Pflegepersonals zur Situation der Patienten fiel insgesamt eine deutliche Distanz und damit Uniformität des Kontaktes auf. Neben methodischen Gesichtspunkten ist zu diskutieren, wieweit diese Distanz der Schwester oder dem Pfleger bei der Erhaltung seiner eigenen Stabilität notwendig ist, und ein gewisses Ausweichen vor der engen Konfrontation mit der Situation des Patienten Gefühle der Ausweglosigkeit, der Insuffizienz und Hilflosigkeit verhindern und ein berufliches Funktionieren erst ermöglicht. Für Patienten wie Pflegepersonal ist diese Vorsicht im Umgang mit den Angelegenheiten der Patienten mindestens halbbewußt; man resummiert, man habe sich für die Bedürfnisse

des Patienten nicht genug Zeit nehmen können und fühlt, daß der Patient mehr Bedürfnis nach Gespräch gehabt habe. Man weiß um die emotionale Vernachlässigung der Patienten bei körperlich einwandfreier Versorgung und reagiert, darauf angesprochen, teils schuldbewußt, teils unter Hinweis auf die organbezogene Ausrichtung des Krankenhauses und meistens überfordert. Klar wird auch, daß eine Lücke in der Ausbildung vorliegt, und vor Situationen, die man nicht bewältigen kann, weicht man aus; doch zeigen verschiedene Modelle und Neuansätze in der Ausbildung der Mediziner und in der Krankenpflege, daß es möglich ist, mit diesen Problemen besser umzugehen, und so die beschriebene Isolation zwischen Patienten und ärztlichem oder Pflegepersonal nicht mehr nötig zu haben.

Die tragfähigeren Ergebnisse der Arbeit liegen zu den anderen untersuchten Themenkreisen vor: zu den Einzelheiten der Auseinandersetzung des Patienten mit dem Krankenhaus und deren besonderen Determinanten (psychischer und sozialer Art) auf der Seite des Patienten und der Bedingungen, die er antrifft; weiterhin zu seinen psychischen Möglichkeiten und Wegen, sich in der Situation zu verhalten und sie zu bewältigen, so daß sie allen Beteiligten tragbar wird. Deutlich wurde, daß der überwiegende Beitrag hierzu durch die Patienten geleistet wird, die sich an ein ziemlich starres vorgegebenes System mehr oder weniger erfolgreich anpassen.

Zum letztgenannten Abschnitt der Untersuchung - der Interaktion zwischen Patienten und Pflegepersonal- ist noch zu sagen, daß die Ergebnisse in einer dann nur auf dieses eine Thema abzielenden Studie weiterbearbeitet werden sollten. In der breitangelegten vorliegenden Arbeit ist es nicht möglich gewesen, sich diesem einen sehr wichtigen Aspekt intensiv genug zu widmen; vorerst war eine umfassendere Orientierung und Standortbestimmung in dem

bearbeiteten Feld nötig gewesen. Vom Methodischen her hat sich hier das Erheben und Vergleichen von Selbst- und Fremdeinschätzungen als fruchtbar erwiesen und dürfte der Untersuchung lediglich der einen oder der anderen Seite sicherlich überlegen sein.

7. Schluß: Ansätze zur Neugestaltung der stationären Medizin

An vielen Stellen der Arbeit ist angesprochen worden, daß sich verschiedenes im Krankenhaus, etwa die Informationsstrategie, die Kommunikationsformen, die Einbeziehung psychosomatischer Medizin und insgesamt die Rollenkonzeptionen für Patienten, Ärzte und Pflegepersonal ändern müssen, um die Lage für alle Beteiligten in einer offeneren und spannungsärmeren Art zu gestalten und weniger mit überkommenen Irrationalismen als nach den wirklichen und umfassenden Erfordernissen der gegebenen Situation handeln zu können.
Im letzten Teil sollen einige Modelle zur Neukonzeption der Situation im Krankenhaus oder einzelner ihrer Teilaspekte teils gestreift, teils ausführlicher diskutiert werden.

Alle Strategien und Konzepte, die hier zur Sprache kommen, zielen auf eine Verbesserung und Erleichterung der Situation des Patienten ab, damit auf einen Abbau der inhumanen Momente im Krankenhaus. Dies soll in dreifacher Hinsicht erreicht werden: Erstens geht es darum, strukturell festgeschriebene Belastungen für den Patienten abzubauen. Den vielen im Krankenhaus ungenügend erfüllten Bedürfnissen der Patienten soll besser nachgekommen werden: Im Vordergrund steht das Bedürfnis nach umfassender Information und das, als Person respektiert und behandelt zu werden. Und dies bedeutet auch die Einbeziehung psychologisch-soziologischer und psychosomatischer Medizin, die den Patienten nicht als bloßen Träger eines nicht intakten Organs, Organsystemes oder Stoffwechselwegs betrachtet, sondern seiner psychosozialen Existenz Rechnung trägt. Zweitens geht es um eine Emanzipation der Patienten aus ihrer passiven Rolle. Das Schlagwort vom mündigen Patienten, das Arzt und Patient bzw. Pflegepersonal und Patient

als Partner beschreibt, beinhaltet, daß der Patient nicht bloß als zufällig belebtes Objekt den Verfügungen fachlich und institutionell Autorisierter unterworfen sein darf, sondern in Teilnahme, Wissen und Verantwortung selber seinen Teil beitragen muß. Dies bedeutet mehr als eine Entlastung, es fordert den Patienten in neuer Weise auf und heraus, genau so wie es von Ärzten und Pflegepersonal eine neue Rollenauffassung verlangt. Weil sich Form- und Inhaltwechsel bedingen, wird drittens nach Organisationsstrukturen gesucht, die ermöglichen, den genannten inhaltlichen Zielen näherzukommen. Dies betrifft Inhalte der Ausbildung und die Arbeitsorganisation in jeder Betriebseinheit in gleicher Weise. Humanere Verhältnisse für die Patienten sind schließlich nicht denkbar ohne humanere Arbeitsbedingungen für Ärzte und Pflegepersonal.

Die Gestaltung der Beziehung zwischen Arzt und Patient spielt nicht nur als solche im Krankenhaus eine wesentliche Rolle, sie ist zugleich das Paradigma für die Beziehung zwischen Patient und Krankenhaus: im Krankenhaus gruppieren sich auf der Seite der Ärzte Pflegepersonal, Funktionsabteilungen und Verwaltungsapparat, die alle an Überlegenheit und Macht der ursprünglich beispielhaften Beziehung zwischen Arzt und Patient in der Praxis partizipieren und einen Teil autonomer Macht im Rahmen ihrer Einzelfunktionen über den Patienten ausüben können. Konzepte, die die Arzt-Patient-Beziehung umgestalten wollen, sind oft sinngemäß für die Beziehung des Patienten zum Krankenhaus übertragbar. In einer patientenzentrierten Medizin beschreibt sich die Grundlage der Arzt-Patient-Beziehung als eine redliche Art des Umgangs mit Situation und Bedürfnissen der Patienten. Dies beinhaltet deren differenzierte Wahrnehmung und den symmetrischen Umgang damit. Dies setzt eine veränderte -offenere- Art der Anamnesetechnik voraus, die nicht nur psychosoziale

und biografische Fakten mit einbezieht, sondern in ihrer Führung dem Patienten freien Raum gibt, sich zu äußern, anstatt ihn mit einem Fragenkatalog zu bombardieren. Balint [1] formuliert, daß wer fragt, Antwort bekommt und sonst nichts. Weiter schlägt er vor, Befunde nach Art einer Gesamtdiagnose zu formulieren, die neben der Krankheit erfaßt, was für ein Mensch der Patient ist, und wie er mit seiner Situation umgehen kann. Verstehen und Teilnahme ermöglichen dem Patienten, von stereotyp reproduzierten Verhaltensmustern (etwa der Verschreibung eines bestimmten Medikamentes) zur Erkenntnis wesentlicher zugrundeliegender Probleme zu kommen. Ausgehend von Balints Arbeit mit niedergelassenen Ärzten wurde in den letzten Jahren die Bedeutung von Übertragung und Gegenübertragung in der Arzt-Patient-Beziehung und deren Bedeutung insgesamt für die Konstellierung einer Erkrankung und deren Verarbeitung und Verhalten des Patienten darin und in der Therapie eingehend untersucht.

Neben dem Ziel, den unbewußten Motivationen und Anteilen der Patienten besser gerecht zu werden, steht das Eingehen auf offen zu Tage liegende Bedürfnisse, die sich gliedern lassen in psychische (Pflege und Versorgung), emotionale (Stützung und Fürsorge) und kognitive (Information und Beteiligung an Entscheidungen). Der Summe dieser Leistungsanforderung, der Integration dieser drei Aspekte, im Krankenhaus gerecht zu werden, ist mit Schwierigkeiten und Belastungen verbunden, im Erfolgsfalle kann man aber fast sicher sein, mindestens sovielen Schwierigkeiten und Belastungen nicht weiter ausgesetzt zu sein, denn auch die gegenwärtige Situation, die höchstens dem ersten Aspekt einigermaßen genügt, ist ja für keine Seite frei von energieverzehrenden Spannungen.

---

1. M. Balint: der Arzt, der Patient und die Krankheit

Gute Beispiele hierfür sind die Strategien, die versuchen, gezielt auch mit den versteckteren Bedürfnissen der Patienten umzugehen. So zeigt die vorn zitierte Untersuchung zur Situation in der Nachtwache [1], wie nützlich und entlastend, nicht nur für die Patienten, eine zuvor und unaufgeforderte geleistete Versicherung, der Diensthabende sei da, zugewandt, informiert und kompetent. Ein weiteres Beispiel aus dem Pflegebereich sind die Bestrebungen, das System der derzeitig vorherrschenden Funktionspflege durch das der Gruppenpflege zu ersetzen. Anstatt daß in der Pflege nach der Ausbildungs-und Funktionshierarchie Aufgaben einem Einzelnen zur Verrichtung bei allen Patienten übertragen werden, so daß der Patient mit einer großen und häufig wechselnden Zahl von Schwestern und Pflegern konfrontiert wird, überträgt das Gruppenpflegesystem die Verantwortlichkeit für die Versorgung einer kleinen Gruppe von Patienten an eine oder wenige Schwestern oder Pfleger. Nicht nur werden die Pflegemaßnahmen besser überblickt und laufen koordinierter, somit effizienter, der einzelne Patient verfügt auch in viel größerem Maße über konstante, für ihn verantwortliche und zuständige Ansprechpartner. Dies macht einen engeren Kontakt und therapeutische Beziehungen zumindest möglich. Allerdings stellt das Gruppenpflegesystem die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer hierarchischen Stationsorganisation in Frage und zergliedert sie in autonome, kompetente Einheiten.

Für die Umgestaltung der Stationsvisiten wird ein Arrangement vorgeschlagen, daß den medizinischen Verhandlungs- und -Planungsteil und die administrativen Aufgaben der

---

1. Urban, Geist u. Köhle in Schweidtmann: Psychosoziale Probleme im Krankenhaus

Visite vor die Zimmertür verlegt, so daß der Patient bei der Visite im Zimmer im Mittelpunkt als angesprochener Partner steht und nicht, wie früher, über ihn als ein Objekt des medizinischen Geschehens verhandelt wird [1]. Weiterhin können informelle Abendvisiten oder feste Sprechzeiten für die Patienten auf der Station die Patienten zum angstfreieren Umgang mit dem Arzt ermutigen.

Über die Notwendigkeit patientenorientierter Informationsstrategien als Grundlage jeder Emanzipation der Patienten aus ihrer Abhängigkeit und Passivität ist bei vielen Autoren und auch in dieser Arbeit das Nötige schon gesagt worden. Von behördlicher Seite sind in dieser Hinsicht erfolgreiche Modellversuche zur Patienteninformation unternommen worden. In Bremens Krankenhäusern wurde ein Versuch mit krankenhauseigenen Rundfunksendungen gemacht, deren Ziel neben der gesundheitlichen Aufklärung war, den Patienten die Einzelheiten des Krankenhausbetriebes transparent zu machen. Bei allgemeiner Zufriedenheit der Patienten und hohen Einschaltzahlen registrierten Ärzte und Pflegepersonal hinterher ein verstärktes Informations- und Kommunikationsbedürfnis bei den Patienten. Weniger technisch aufwendig ist die Erstellung schriftlichen Materials derselben Inhalte für die Patienten. Broschüren und Merkblätter existieren auch zu verschiedenen Krankheiten und medizinischen Maßnahmen, wobei man sich klar werden muß, daß Gedrucktes wohl eine allgemeine Information zu leisten vermag, aber dem einzeln betroffenen Patienten das Gespräch mit kompetenten Leuten nicht zu ersetzen vermag; es geht ihm nicht nur um das sachliche Wissen, sondern auch um seine Sorgen, Ängste und Phantasien und Bezüge zu seiner eigenen Person und ihren Verhältnissen.

---

1. Köhle in Uexküll: Lehrbuch der psychosomatischen Medizin S. 299

Schließlich sollen Patienten aufgefordert und ermutigt werden, eigene Bedürfnisse und Kritik offen anzubringen, was mehr als alles andere von den Vorschriften und Regeln der alten Patientenrolle belastet sein dürfte, andererseits eine Grundbedingung für partnerschaftliche Offenheit und Fairneß darstellt.

Die Etablierung medizinpsychologischer und sozialarbeiterlicher Konsiliardienste könnte ebenso wie die Supervision der Mitarbeiter einer Station dazu beitragen, mit den Problemen der psychisch oder sozial in Schwierigkeiten befindlichen Patienten besser umzugehen. Im Umgang mit solchen Diensten erweitern sich mit der Zeit das Wissen und die Fähigkeiten von Ärzten und Pflegepersonal, mit derartigen Problemen umzugehen und es wächst das Vertrauen, daß man nach der Feststellung eines Problems auch über Wege zu seiner Lösung verfüge und so der Mut, damit umzugehen [7].

Ausgehend von den Bedingungen, die oft das Scheitern von Veränderungsversuchen im Krankenhaus herbeiführen, lassen sich Verhältnisse definieren, die für eine erfolgreiche Durchführung inhaltlicher und/oder struktureller Veränderungen der Situation im Krankenhaus oder einzelner Komponenten nötig sind.

---

7). Anm.: Über gute Erfahrungen in einem solchen Konsiliardienst berichten unter anderem Selschop-Rüppel (MK 74, 117-12o)

Einige der genannten Konzepte scheinen keine weiteren Voraussetzungen zu haben, als den gemeinsamen Entschluß der Belegschaft einer Station dazu: Visitenarrangement, Pflegevisiten und Gespräche mit den Patienten, Fortbildungen und ausführliche Informationsbemühungen, Stationskonferenzen und Sprechstunden für Patienten. Jedoch läßt sich nicht nur beobachten, daß vielerorts in dieser Hinsicht begonnene Versuche nach einiger Zeit einschlafen, es treten schon bei Vorschlag und Erörterung eines solchen Planes Einwände auf, die (bei Kenntnis des Einzelfalles) mehr sind als Verhaftetsein im alten Trott oder Schutzbehauptungen, die der Beibehaltung einer überlegenen Position dienen.
Alle diese Konzepte sind zeitaufwendiger als die überkommene Kliniksroutine und erfordern, wo sie die Arbeit mehrerer Personen umfassen, ein wiederum zeitaufwendiges Sich-aufeinander-abstimmen und -koordinieren -(etwa in Übergabe- und Stationskonferenz) - und überhaupt mehr Teilnahme und verantwortliche Mitarbeit aller Pflegepersonen und Hilfskräfte.
Siegrist [1] hat ausführlich untersucht, wie die Gegebenheiten der Arbeitsorganisation in ihrer scheinbaren Äußerlichkeit "Gestalt und Ablauf klinikinterner Arbeitsprozesse bestimmen, während diese wiederum Quantität und Qualität der Beziehung zum Patienten beeinflussen". Insofern sind physische Erschöpfung Hinweise auf Zeitmangel, Raumnot, Materialprobleme nicht nur formalistisch, sondern die Form tritt auch hier in Wechselbeziehung mit dem Inhalt der Tätigkeit.
Siegrist führt aus, daß in der klinischen Arbeit am Patienten stets instrumentelle und interaktive Leistungsansprüche koordiniert und integriert werden müssen; die

---

1. J. Siegrist: Arbeit und Interaktion S.159

interaktiven Leistungen sind in den ärztlichen und pflegerischen Rollen weniger festgeschrieben, weniger kontrollierbar und scheinbar leichter-verzichtbar als technisch-instrumentelle Leistungen. Hieraus folgt, daß erstens in der Konkurrenz die interaktiven Leistungen auf der Strecke bleiben, wenn die technische Komplexität eines Vorganges erhöhte Konzentration und Kooperation erfordert, zweitens in Situationen erhöhter Ambivalenz dem Patienten gegenüber und drittens in Situationen erhöhter zeitlicher Belastung eine Einschränkung der interaktiven Leistungen stattfindet. 8)

Schlechte Arbeitsbedingungen verschlingen einen Großteil der genuinen Bereitschaft zu menschlichem Kontakt. Eine vertikale Arbeitsorganisation, die Koordination und Kontrolle der einzelnen Aufgaben in der Hand der allein umfassend informierten Stationsschwester legt, trägt dazu bei, daß die nachgeordneten Schwestern und Hilfskräfte in rascher Folge mit ihren Verrichtungen durch alle Zimmer eilen und eine konsistentere Beziehung zum Patienten sich viel schwerer entwickelt; Kontaktunsicherheit und Überforderung in einzelnen Situationen sind die Folge,

---

8). Anm.: Er beschreibt verschiedene Reduktionsstrategien, mit denen präventiv und reaktiv in einer verstärkte kommunikative Leistungen erfordernden Situation von dem Angebot des P. ausgewichen wird; dies findet umso häufiger statt, je komplexer und kooperationsfordernder ein Arbeitsvollzug, je niedriger der Sozialstatus des P., je schlechter die Arbeitsbedingungen der Station (personell, räumlich, technisch, finanziell) und je niedriger der Ausbildungsstand (berufliches Sozialisationsdefizit) des Betreffenden ist.

wenn sich etwa die Schwesternschülerin beim Bettenmachen oder Füttern plötzlich den drängenden Fragen des Patienten über seine Krankheit und Prognose gegenüber sieht. Rasch wird dann z.B. die falsche Analogie von technischer und menschlicher Kompetenz bemüht, wer "nur Schülerin" oder "nur Hilfskraft" ist, braucht auch "nur" gehorchen und den technisch-instrumentellen Aufgaben Folge zu leisten bei geringer Eigenverantwortlichkeit und Initiative[1].

Allgemeine arbeitspsychologische Untersuchungen bei Montagearbeitern haben gezeigt, daß Arbeit, die dem Einzelnen komplexere Aufgaben größerer Eigenkontrolle und Verantwortung überträgt, befriedigender ist und qualitativ höherwertig als quasimaschinelles Verrichten immer derselben Handgriffe.

In dem Zusammenhang ist interessant, daß die Bereitschaft jüngerer Schwestern mit kurzer Berufsdauer zum einfühlenden Verstehen von Patienten größer war als die der älteren, schon jahrzehntelang im Beruf befindlichen und somit im Funktionspflegesystem ungenutzt bleibt und mit der Zeit verschlissen wird oder abhanden kommt. Dies deckt sich mit der Beobachtung an Medizinstudenten, die im Verlauf ihrer beruflichen Sozialisation ebenfalls ihre anfängliche mitmenschliche Bereitschaft und Fähigkeit der Routinebildung und Schematisierung zum Opfer fallen lassen, bei ihnen kommt der Aufstieg auf der Statusleiter verschärfend hinzu.
Den beschriebenen Ergebnissen kommt in zweierlei Richtung Bedeutung zu: hinsichtlich der Arbeitsorganisation und der Ausbildung. Erstens muß eine Ausbildung auch bezüglich des interaktiven Leistungsanspruches der Arzt-Pflegepersonal-Rolle praxisbezogen erfolgen, um die Betreffenden

---

1. Ulrich: Über mögliche Zusammenhänge von Arbeitstätigkeit und Persönlichkeitsentwicklung

in der Situation zu befähigen, Angebote der Patienten zu erkennen und in symmetrischer Weise wahrzunehmen und auch schwierige Situationen zu bewältigen. Nur auf Intuition zu verweisen ist zu wenig, Gesprächsführung ist auch eine Fertigkeit, die man erwerben, zumindest ausbilden und die Wahrnehmung sensiblisieren und reflektieren lernen kann. In dieser Hinsicht ist das Wissen- und Faktenvermitteln der "psychosozialen Fächer" der Lernzielkataloge für das Medizinstudium wenig geeignet, da das im Idealfall vom Interessierten erworbene theoretische Wissen auch Wege und Methoden der Anwendung nötig macht. Die an manchen Universitäten bestehenden Gruppen zum Erlernen und Üben einer erweiterten Anamnese wollen diesem Defizit auf informellem Wege entgegentreten. Sie ändern aber, wie auch die betreffenden Kapitel der Lernzielkataloge vorläufig nicht viel daran, daß patientenzentrierte Medizin und Psychosomatik tendentiell der Luxusgegenstand des Interesses einiger bleibt, zumal die Verführungen und Reize der die "wissenschaftlichen", d.h. auf die organische Herangehensweise eingeengte Medizin erheblich sind, wo nicht einfacher Druck in Prüfungen und der Wunsch, vor Fachautoritäten gut dazustehen, die Präferenz in althergebrachter Weise setzen läßt. Analoges gilt für die Schwesternausbildung - diejenige Schwester, die perfekt assistiert oder mit irgendwelchen Geräten umgeht, erscheint als die "bessere". Es ist aber in keinem medizinischen Beruf sinnvoll, die interaktiven und instrumentellen Leistungen gegeneinander ausspielen zu wollen, es geht um Ausbildung und Integration beider Fähigkeiten.

Die Trägheit des Systems ist allerdings beträchtlich. Der herrschende Krankheitsbegriff denkt isolierend organzentriert und auf ihn beziehen sich die Wertungen der Gegebenheiten und Notwendigkeiten im Krankenhaus und für den Patienten. Die derzeit bestimmende Ärztegeneration ist

überwiegend in ihm aufgewachsen und verhaftet und nicht zuletzt deswegen bestimmend, und sie tradiert ihn an Patienten und Pflegepersonal und an die kommende Ärztegeneration. Folgerichtig sieht die im Krankenhaus als zweckmäßig anerkannte Arbeitsorganisation auch keine Freiräume für interaktive Leistungen vor; auch jemand, der oder die in dieser Hinsicht gut ausgebildet oder sensibel ist, trifft in seiner Berufsrealität auf Sachzwänge und Systembedürfnisse, die der angestrebten patientenorientierten Tätigkeit überwiegend hinderlich sind. Diese kann dann zum Hobby des Einzelnen werden, der als Don Quichotte belächelt oder für seinen Idealismus bewundert, in seiner eigentlichen Freizeit versucht, die strukturell vorgegebenen Lücken unter Einsatz seiner eigenen Person zu stopfen. So ist die Bemühung, das Krankenhaus wenigstens in dem Bereich, den man persönlich beeinflussen kann, für seine Patienten humaner zu machen, häufig verbunden mit Inhumanität gegen die eigene Person, da die hohe Belastung mit den Routineaufgaben häufig allein alle Reserven erschöpft. Die Ursache des Scheiterns idealistischer Einzelaktionen liegt oft nicht an ihrer eigentlichen Unrichtigkeit, sondern wesentlich an strukturellen Gegebenheiten oder dem Mangel an kollegialer Toleranz und Solidarität denen gegenüber, die sich ihre Überzeugung und Menschlichkeit nicht hatten abkaufen lassen wollen.
Insofern sind die Chancen des Einzelnen, verändernd in das System einzugreifen, minimal, sobald es über Einzelheiten des persönlichen Stils hinausgeht. Wenn man als Schwester, Pfleger, Arzt oder Ärztin in einem Krankenhaus arbeitet, heißt das immer, daß man Teil eines komplexen Zusammenhangs ist, zu dem sich Untergruppierungen konstellieren. Wo nicht die Angehörigen einer solchen Untergruppierung (etwa einer Station oder einer Funktionsabteilung) zusammen motiviert sind, sich kritisch und soli-

darisch mit Inhalt, Art und Durchführung ihrer Arbeit auseinanderzusetzen, ohne sich zu schnell entmutigen zu lassen oder in Konkurrenzkämpfen zu zerfallen, werden sich gute Ansätze und Ideen nicht oder wenigstens nicht auf Dauer durchsetzen können. Wichtig ist weiter ein wenigstens gewisser Freiraum, in dem die materiellen personellen und zeitlichen Gegebenheiten Entwicklung und Erprobung neuer Konzepte ermöglichen, und der von institutionellen Übergriffen hinreichend sicher ist. Hierarchien werden auch von unten gestützt. Wichtig ist also schließlich,auf Patientenseite Partner für ein verändertes Rollenverständnis zu finden, d.h. Patienten, die bereit sind, mit Ärzten und Pflegepersonal zusammen neue Wege bei der Gestaltung der Situation im Krankenhaus zu beschreiten.

Anhang

Inhaltsverzeichnis

1. Die Fragebogen

2. Die Häufigkeitsauszählung über alle Items

3. Korrelationen der Skalen der Fragebogen untereinander

4. Selbstbild-Fremdbild-Vergleich:
   Vergleich der Mittelwerte der Häufigkeitsauszählung
   zu den Bogen 4 und 5

5. Selbstbild-Fremdbild-Vergleich:
   Korrelationen zwischen Skalendifferenzen, GTS, GTF
   und Bogen 7 a

6. Literaturverzeichnis

1. Die Fragebogen

T-S

me _____

ruf _____

burtsdatum _____

stdatum _____

geht in diesem Fragebogen darum, wie Sie sich selbst sehen und empfinden. Bitte tragen Sie Ihren ndruck von sich selbst auf einer Skala ein. Die Skala hat ihren Mittelpunkt bei 0 und reicht jeweils von bis 3 nach links oder rechts.

= Sie glauben, daß Ihr Verhalten **im Vergleich zu anderen Menschen** unauffällig ist. 0 bedeutet also, daß diese Haltung bzw. Einstellung im Vergleich zu anderen Menschen in der Mitte liegt. (Z. B. Nr. 1: Wenn Sie den Eindruck haben, daß Sie selbst im Vergleich zu anderen Menschen weder ungeduldig noch geduldig sind, dann kreuzen Sie 0 an. Weicht Ihr Verhalten nach einer Seite hin ab, so kreuzen Sie bitte je nach Ausmaß 1, 2 oder 3 an.)

1972 by Verlag Hans Huber Bern
56 30536-2*

1	Ich habe den Eindruck, ich bin eher ungeduldig	3 2 1 0 1 2 3	eher geduldig.
2	Ich glaube, ich suche eher	3 2 1 0 1 2 3	ich meide eher Geselligkeit
3	Ich schätze, ich lege es eher darauf an, andere zu lenken	3 2 1 0 1 2 3	von anderen gelenkt zu werden.
4	Ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig beeinflussen.
5	Ich habe den Eindruck, daß ich mir eher selten	3 2 1 0 1 2 3	eher besonders häufig über meine inneren Probleme Gedanken mache.
6	Ich schätze, daß ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen	3 2 1 0 1 2 3	meinen Ärger irgendwie abzureagieren.
7	Ich habe den Eindruck, ich bin sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	kaum daran interessiert, andere zu übertreffen.
8	Ich halte mich für sehr wenig	3 2 1 0 1 2 3	besonders ängstlich.
9	Ich habe den Eindruck, daß andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden	3 2 1 0 1 2 3	eher unzufrieden sind.
10	Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	besonders wenig Vertrauen.
11	Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von meinen Bedürfnissen nach Liebe.
12	Ich glaube, ich meide eher	3 2 1 0 1 2 3	suche eher sehr engen Anschluß an einen anderen Menschen.
13	Ich glaube, ich kann im Vergleich zu anderen eher gut	3 2 1 0 1 2 3	eher schlecht mit Geld umgehen.
14	Ich halte mich selten	3 2 1 0 1 2 3	oft für sehr bedrückt.
15	Ich habe den Eindruck, ich gebe im allgemeinen viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von mir preis.
16	Ich schätze, es gelingt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mich beliebt zu machen.
17	Ich glaube, ich habe es eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, mich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden.
18	Ich glaube, ich bin mit der Wahrheit eher großzügig	3 2 1 0 1 2 3	eher übergenau.
19	Ich habe den Eindruck, ich gehe eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer aus mir heraus.
20	Ich glaube, im Vergleich zu meinen Altersgenossen wirke ich in meinem Benehmen eher jünger	3 2 1 0 1 2 3	eher älter.
21	Ich habe den Eindruck, ich bin eher sehr wenig ordentlich	3 2 1 0 1 2 3	eher überordentlich.
22	Ich schätze, ich gerate besonders häufig	3 2 1 0 1 2 3	besonders selten in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen.

3	Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, daß man mich für minderwertig	3 2 1 0 1 2 3	für wertvoll hält.
4	Ich habe den Eindruck, ich schaffe mir im Leben eher besonders viel Mühe	3 2 1 0 1 2 3	eher Bequemlichkeit.
5	Ich denke, ich fühle mich den anderen Menschen eher sehr fern	3 2 1 0 1 2 3	eher sehr nahe.
6	Ich glaube, ich habe im Vergleich zu anderen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	eher wenig Phantasie.
7	Ich glaube, ich lege kaum	3 2 1 0 1 2 3	sehr viel Wert darauf, schön auszusehen.
8	Ich habe den Eindruck, es fällt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mit anderen eng zusammenzuarbeiten.
9	Ich denke, ich mache mir selten	3 2 1 0 1 2 3	immer Selbstvorwürfe.
0	Ich glaube, ich kann einem Partner außerordentlich viel	3 2 1 0 1 2 3	wenig Liebe schenken.
1	Ich glaube, ich benehme mich im Vergleich zu anderen besonders fügsam	3 2 1 0 1 2 3	besonders eigensinnig.
2	Ich glaube, ich mache mir verhältnismäßig selten	3 2 1 0 1 2 3	verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen.
3	Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher schlecht	3 2 1 0 1 2 3	eher gut, meine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen.
4	Ich glaube, ich bin im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv	3 2 1 0 1 2 3	wenig erlebnisfähig.
5	Ich denke, ich habe sehr gute	3 2 1 0 1 2 3	sehr schlechte schauspielerische Fähigkeiten.
6	Ich glaube, daß man mich im allgemeinen eher als stark	3 2 1 0 1 2 3	eher als schwach einschätzt.
7	Ich habe den Eindruck, ich habe es sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht, auf andere anziehend zu wirken.
8	Ich glaube, ich habe es im Vergleich zu anderen eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, bei einer Sache zu bleiben.
9	Ich glaube, ich kann sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht ausgelassen sein.
0	Ich fühle mich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen	3 2 1 0 1 2 3	sehr befangen.

GT-Fw

Name des Beurteilten _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Testdatum _____

ausgefüllt von _____

Es geht in diesem Fragebogen darum, wie Sie eine bestimmte Person sehen und empfinden. Bitte tragen Sie Ihren Eindruck auf einer Skala ein. Die Skala hat ihren Mittelpunkt bei 0 und reicht jeweils von 1 bis 3 nach links oder rechts.

0 = Sie glauben, daß das Verhalten dieser Person **im Vergleich zu anderen Menschen** unauffällig ist. 0 bedeutet also, daß diese Haltung bzw. Einstellung im Vergleich zu anderen Menschen in der Mitte liegt. (Z. B. Nr. 1: Hat man den Eindruck, daß die zu beurteilende Person im Vergleich zu anderen Menschen weder ungeduldig noch geduldig ist, dann wird 0 angekreuzt). Weicht das Verhalten nach einer Seite hin ab, so kreuzen Sie bitte je nach Ausmaß 1, 2 oder 3 an.

© 1972 by Verlag Hans Huber Bern

1	Ich habe den Eindruck, sie ist eher ungeduldig	3 2 1 0 1 2 3	eher geduldig.
2	Ich glaube, sie sucht eher	3 2 1 0 1 2 3	sie meidet eher Geselligkeit.
3	Ich schätze, sie legt es eher darauf an, andere zu lenken	3 2 1 0 1 2 3	von anderen gelenkt zu werden.
4	Ich glaube, eine Änderung ihrer äußeren Lebensbedingungen würde ihre seelische Verfassung sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig beeinflussen.
5	Ich habe den Eindruck, daß sie sich eher selten	3 2 1 0 1 2 3	eher besonders häufig über ihre inneren Probleme Gedanken macht.
6	Ich schätze, daß sie eher dazu neigt, ihren Ärger in sich hineinzufressen	3 2 1 0 1 2 3	ihren Ärger irgendwie abzureagieren.
7	Ich habe den Eindruck, sie ist sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	kaum daran interessiert, andere zu übertreffen.
8	Ich glaube, sie hält sich für sehr wenig	3 2 1 0 1 2 3	besonders ängstlich.
9	Ich habe den Eindruck, daß andere mit ihrer Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden	3 2 1 0 1 2 3	eher unzufrieden sind.
10	Ich glaube, sie hat zu anderen Menschen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	besonders wenig Vertrauen.
11	Ich habe den Eindruck, sie zeigt sehr viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von ihren Bedürfnissen nach Liebe.
12	Ich glaube, sie meidet eher	3 2 1 0 1 2 3	sucht eher sehr engen Anschluß an einen anderen Menschen.
13	Ich glaube, sie kann im Vergleich zu anderen eher gut	3 2 1 0 1 2 3	eher schlecht mit Geld umgehen.
14	Ich schätze, sie hält sich selten	3 2 1 0 1 2 3	oft für sehr bedrückt.
15	Ich habe den Eindruck, sie gibt im allgemeinen viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von sich preis.
16	Ich schätze, es gelingt ihr eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, sich beliebt zu machen.
17	Ich glaube, sie hat es eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, sich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden.
18	Ich glaube, sie ist mit der Wahrheit eher großzügig	3 2 1 0 1 2 3	eher übergenau.
19	Ich habe den Eindruck, sie geht eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer aus sich heraus.
20	Ich glaube, im Vergleich zu ihren Altersgenossen wirkt sie in ihrem Benehmen eher jünger	3 2 1 0 1 2 3	eher älter.
21	Ich habe den Eindruck, sie ist eher sehr wenig ordentlich	3 2 1 0 1 2 3	eher überordentlich.
22	Ich schätze, sie gerät besonders häufig	3 2 1 0 1 2 3	besonders selten in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen.

23	Ich glaube, sie ist eher darauf eingestellt, daß man sie für minderwertig	3 2 1 0 1 2 3	für wertvoll hält.
24	Ich habe den Eindruck, sie schafft sich im Leben eher besonders viel Mühe	3 2 1 0 1 2 3	eher Bequemlichkeit.
25	Ich denke, sie fühlt sich den anderen Menschen eher sehr fern	3 2 1 0 1 2 3	eher sehr nahe.
26	Ich glaube, sie hat im Vergleich zu anderen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	eher wenig Phantasie.
27	Ich glaube, sie legt kaum	3 2 1 0 1 2 3	sehr viel Wert darauf, schön auszusehen.
28	Ich habe den Eindruck, es fällt ihr eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mit anderen eng zusammenzuarbeiten.
29	Ich denke, sie macht sich selten	3 2 1 0 1 2 3	immer Selbstvorwürfe.
30	Ich glaube, sie kann einem Partner außerordentlich viel	3 2 1 0 1 2 3	wenig Liebe schenken.
31	Ich glaube, sie benimmt sich im Vergleich zu anderen besonders fügsam	3 2 1 0 1 2 3	besonders eigensinnig.
32	Ich glaube, sie macht sich verhältnismäßig selten	3 2 1 0 1 2 3	verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen.
33	Ich habe den Eindruck, es gelingt ihr eher schlecht	3 2 1 0 1 2 3	eher gut, ihre Interessen im Lebenskampf durchzusetzen.
34	Ich glaube, sie ist im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv	3 2 1 0 1 2 3	wenig erlebnisfähig.
35	Ich denke, sie hat sehr gute	3 2 1 0 1 2 3	sehr schlechte schauspielerische Fähigkeiten.
36	Ich glaube, daß man sie im allgemeinen eher als stark	3 2 1 0 1 2 3	eher als schwach einschätzt.
37	Ich habe den Eindruck, sie hat es sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht, auf andere anziehend zu wirken.
38	Ich glaube, sie hat es im Vergleich zu anderen eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, bei einer Sache zu bleiben.
39	Ich glaube, sie kann sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht ausgelassen sein.
40	Ich denke, sie fühlt sich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen	3 2 1 0 1 2 3	sehr befangen.

Mit diesem Fragebogen möchten wir erfahren, welche Einstellung Sie zu Gesundheit und Krankheit mitbringen. Dabei interessiert auch, welche Erwartungen Sie an das Krankenhaus haben, und was Sie denken, daß man im Krankenhaus von Ihnen erwartet.

Bitte, beantworten Sie die Fragen so vollständig und genau wie möglich. Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen. Kreuzen Sie bitte jeweils an, was ihrer persönlichen Meinung entspricht.

Name: ..... Datum : .....

	ja (5)	eher ja (4)	unentschieden (3)	eher nein (2)	nein (1)
(1) Gewöhnlich achte ich nicht besonders auf Veränderungen an meinem Körper.					
(2) Medizinische Dinge sind ein sehr interessantes Thema.					
(3) Bis ich zum Arzt gehe, muß erst einiges zusammenkommen.					
(4) Für persönliche Sorgen und Probleme ist das Krankenhaus zuständig.					
(5) Als Patient sollte man über seine Krankheit und die nötigen Folgen genau Bescheid wissen.					
(6) Im Ganzen habe ich eine recht widerstandsfähige Gesundheit					
(7) Zur Zeit fühle ich mich recht krank.					
(8) Von medizinischen Dingen verstehe ich viel zu wenig.					
(9) Um meine Gesundheit mache ich mir gewöhnlich keine Sorgen.					
(10) Wenn ich nicht richtig über meine Krankheit Bescheid weiß, fühle ich mich sehr unsicher.					
(11) Mit Stimmungsschwankungen und Gefühlen muß man im Krankenhaus allein fertigwerden.					
(12) Ich kann auch selber dazu beitragen, daß ich gesund werde.					
(13) Wenn ich nicht richtig Bescheid weiß über meine Krankheit, bemühe ich mich sehr um Information.					
(14) Ich denke, dem Pflegepersonal sind Patienten, die keine großen Ansprüche stellen, am liebsten.					

II. Nun finden Sie eine Reihe von Dingen, die im Krankenhaus das Wohlbefinden eines Patienten beeinflussen können. Kreuzen Sie bitte an, wie wichtig Ihnen persönlich diese Dinge im Einzelnen sind.

Für mich als Patient ist es	sehr wichtig, (5)	recht wichtig, (4)	mäßig wichtig, (3)	kaum wichtig, (2)	unwichtig, (1)
(15)..daß ich körperlich wenig Unannehmlichkeiten und Schmerzen ertragen muß.					
(16)..daß ich keine Angst zu haben brauche.					
(17)..daß ich mich auch einmal aussprechen kann.					
(18)..daß die Umgebung ansprechend gestaltet ist.					
(19)..daß ich das Gefühl habe, hier geschieht alles, damit ich gesund werde.					
(20)..daß ich mich geborgen und gut versorgt fühlen kann					
(21)..daß ich nicht allein gelassen werde.					
(22)..daß ich über alles, was mich und meine Gesundheit betrifft, genau Bescheid weiß.					
(23)..daß ich das Gefühl habe, verstanden zu werden.					
(24)..daß ich mich mit meinen Mitpatienten gut verstehe.					
(25)..daß das Essen mir zusagt.					
(26)..daß man auf meine Persönlichkeit eingeht					
(27)..daß ich mich mit den Ärzten und dem Pflegepersonal gut verstehe.					
(28)..daß jemand da ist, wenn ich jemand brauche.					
(29)..daß ich nicht bevormundet werde.					

II. Ordnen Sie bitte die folgenden Punkte in der Rangfolge an, wie sie Ihnen am wichtigsten erscheinen, indem Sie hinter den wichtigsten eine 1, hinter den zweitwichtigsten eine 2, hinter den drittwichtigsten eine 3, hinter den unwichtigsten eine 4 setzen.

(30) genaue Information ☐
(31) ansprechende Umgebung ☐
(32) körperliches Wohlbefinden ☐
(33) Geborgenheit ☐

(34) Wieviele Krankenhausaufenthalte haben Sie, abgesehen von diesem, schon hinter sich?

.....

(35) Wie waren die Erfahrungen, die Sie damals gemacht haben?

überwiegend gut	eher gut	gemischt	eher schlecht	überwiegend schlecht

Im Krankenhaus erleben Patienten unterschiedliche Dinge, für jeden können andere Dinge angenehm oder unangenehm sein. Uns geht es darum, zu erfahren, wie verschiedene Patienten sich im Krankenhaus fühlen und welche Erlebnisse sie haben. In diesem Fragebogen möchten wir gern erfahren, was für Erlebnisse Sie persönlich während ihres Krankenhausaufenthaltes gehabt haben.

Bitte, beantworten Sie die Fragen so vollständig und genau wie möglich. Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen. Bitte kreuzen Sie an, ob diese Aussagen für Sie zutreffen.

Name:..... Datum:.....

	bestimmt (5)	eher ja (4)	unentschieden (3)	eher nein (2)	bestimmt nicht (1)
(1) Das Eingewöhnen im Krankenhaus fiel mir ziemlich schwer.					
(2) Meistens war ich ganz entspannt.					
(3) Oft wußte ich nicht, wie ich mich im Krankenhaus verhalten sollte.					
(4) Öfter fühlte ich mich hier einsam.					
(5) Ich konnte mich sehr gut in den Tagesablauf einordnen.					
(6) Alles in allem habe ich unter der Situation ziemlich gelitten.					
(7) Auf meine Krankheitssymptome und deren Veränderungen habe ich sehr geachtet.					
(8) Ich fühlte mich ganz geborgen.					
(9) Häufig hatte ich Angst.					
(10) Ich glaube, meine Krankheit hängt auch stark mit seelischen Dingen zusammen.					
(11) Insgesamt haben mich meine Krankheit und die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen besonders belastet.					
(12) Manchmal war ich ganz hilflos.					
(13) Über meine Krankheit und die nötigen Folgen wußte ich sehr gut Bescheid.					
(14) Im Krankenhaus habe ich mich gar nicht wohl gefühlt.					
(15) Über meinen Gesundheitszustand habe ich mir besonders viele Gedanken gemacht.					
(16) Ich habe mich sehr bemüht, zum glatten Ablauf der nötigen medizinischen Maßnahmen beizutragen.					
(17) Ich habe mich angestrengt, alle Belastungen ohne Klagen auszuhalten.					

	be-stimmt ja (5)	eher ja (4)	unent-schie-den (3)	eher nein (2)	be-stimmt nicht (1)
18) Ich habe mich vor anderen Patienten eher zurückgezogen					
19) Ich war die ganze Zeit ziemlich nervös.					
20) Ich glaube, alles in allem war ich recht schwer krank.					
21) Ich habe mich um Informationen über meine Krankheit und die nötigen Folgen besonders bemüht.					
22) Oft hatte ich das Bedürfnis nach mehr Gespräch.					
23) Ich hatte insgesamt große Sorgen.					
24) Ich denke, das Eingewöhnen zu Hause wird mir nicht leicht fallen.					
25) Im Ganzen fühlte ich mich in meiner Stimmung ausgeglichen.					
26) Ich war oft sehr niedergeschlagen.					
27) Eigentlich hat man für meine Bedürfnisse nicht genug Zeit aufbringen können.					
28) Im Ganzen werde ich wohl gute Erinnerungen an diesen Krankenhausaufenthalt behalten					
29) Ich glaube, die Schwestern konnten sich manchmal gar nicht vorstellen, was in mir vorging.					
30) Manchmal habe ich mich geärgert.					
31) Ich habe versucht, die Schwestern möglichst wenig zu beanspruchen.					
32) Man ist hier sehr auf mich eingegangen.					
33) Ich habe mich bemüht, für das Personal ein angenehmer Patient zu sein.					
34) Ich konnte oft zuversichtlich sein.					
35) Der jetzige Krankenhausaufenthalt kam für mich völlig überraschend.					
36) Es wurde mir hier nie langweilig.					
37) Ich habe versucht, die Ärzte möglichst wenig zu beanspruchen.					
38) Als ich zuerst hörte, ich müsse ins Krankenhaus, war ich sehr erschrocken.					
39) Manchmal fühlte ich mich bevormundet.					
40) Ich bin hier sehr gekränkt worden.					
41) Oft fühlte ich mich im Krankenhaus ziemlich eingeschränkt.					

Mit diesem Fragebogen möchten wir erfahren, welchen Eindruck Mitglieder des Pflegepersonals von dem Patienten bzw. der Patientin gewonnen haben. Bitte, beantworten Sie die Fragen vollständig und so genau wie möglich. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen. Bitte kreuzen Sie an, ob und wie weit diese Aussagen Ihrer persönlichen Meinung nach für den betreffenden Patienten zutreffen.

Name des Patienten:.....Datum:.....

Name des Ausfüllenden:.....

	bestimmt (5)	eher ja (4)	unentschieden (3)	eher nein (2)	bestimmt nicht (1)
1) Das Eingewöhnen im Krankenhaus fiel d.Pat. ziemlich schwer.					
2) Meistens war d.Pat. ganz entspannt.					
3) Oft wußte d.Pat. nicht, wie er/sie sich verhalten sollte.					
4) Oftere fühlte d.Pat. sich hier einsam.					
5) D.Pat. konnte sich sehr gut in den Tagesablauf einordnen.					
6) Alles in allem hat d. Pat. unter der Situation ziemlich gelitten.					
7) Auf Krankheitssymptome und deren Veränderungen hat d.Pat. sehr geachtet.					
8) D.Pat. fühlte sich ganz geborgen.					
9) Häufig hatte d.Pat. Angst.					
10) Ich glaube, die Krankheit d.Pat. hängt auch stark mit seelischen Dingen zusammen.					
11) Insgesamt haben die Krankheit und die dazu gehörigen medizinischen Maßnahmen d.Pat. sehr belastet.					
12) Manchmal schien d.Pat. ganz hilflos.					
13) Über die Krankheit und die nötigen Folgen wußte d.Pat. sehr gut Bescheid.					
14) Im Krankenhaus hat sich d.Pat. gar nicht wohl gefühlt.					
15) Über den Gesundheitszustand hat sich d.Pat. besonders viele Gedanken gemacht.					
16) D.Pat. hat sich sehr bemüht, zum glatten Ablauf der nötigen medizinischen Maßnahmen beizutragen.					
17) D.Pat. hat sich angestrengt, alle Belastungen ohne Klagen auszuhalten.					
18) Von anderen Patienten hat sich d.Pat. eher zurückgezogen.					
19) D.Pat war die ganze Zeit ziemlich nervös.					
20) Alles in allem war d.Pat. recht schwer krank.					

	bestimmt (5)	eher ja (4)	unentschieden (3)	eher nein (2)	bestimmt nicht
(21) D.Pat hat sich um Informationen über die Krankheit und die nötigen Folgen besonders bemüht.					
(22) D.Pat. schien oft das Bedürfnis nach mehr Gespräch zu haben.					
(23) D.Pat. schien insgesamt große Sorgen zu haben.					
(24) Ich denke, das Eingewöhnen zu Hause wird d.Pat. nicht leicht fallen.					
(25) Im Ganzen erschien d.Pat. in der Stimmung ausgeglichen zu sein.					
(26) D.Pat schien oft niedergeschlagen.					
(27) Eigentlich konnten wir für die Bedürfnisse d.Pat. nicht genügend Zeit aufbringen.					
(28) Im Ganzen wird d.Pat. wohl gute Erinnerungen an diesen Krankenhausaufenthalt behalten					
(29) Wir konnten uns manchmal nicht recht vorstellen, was in d.Pat. vorging.					
(30) Manchmal hat sich d.Pat. geärgert.					
(31) D.Pat. war ein sehr anspruchsloser Patient.					
(32) Wir sind besonders auf ihn eingegangen.					
(33) D.Pat. war für das Pflegepersonal ein angenehmer Patient.					
(34) D.Pat. schien sich recht schwer krank zu fühlen.					
(35) D.Pat. ließ sich ziemlich gehen.					
(36) Insgesamt kam ich gut mit d.Pat. zurecht.					

I. Persönliche Daten und soziale Verhältnisse

Name:..... Adresse:

(1) Alter.....Jahre bis 35=1 , 35-55=2 über55=3

(2) Geschlecht: Männl.=1 weibl.=2

(3) Familienstand: led=1 /verh.=2/ verwitw.=3/ gesch bzw.getrennt lebend=4

(4) Sozialer Rahmen: Lebt mit Angehörigen = 1
lebt allein, aber in festem Rahmen mit Angehörigen oder Nachbarn = 2
lebt alleine ohne festen Bezugsrahmen= 3

(5) Schulabschluß: Hauptschule =1
Mittelschule =2
Oberschule =3

(6) Vorherige Krankenhausaufenthalte: Zahl: .....

keiner=1
1-2 =2
3-4 =3
5+mehr=4

(7) Wann waren diese KHA? jeweils:..... warum?.....
im letzten Jahr =1
i.d.letzten 1-3 Jahren=2
i.d.letzten 4-6 Jahren=3
länger her =4

(8) An diese KHA hat der Pat. überwiegend gute 5 4 3 2 1 überwiegend schlechte Erinnerungen

Beruf: erlernt: ausgeübt:

II. Anlaß und Verlauf des jetzigen KHA

(10) Pat. kam als Notaufnahme =1
Pat. mußte überraschend ins KH =2
Pat. kam kurzfristig geplant =3
Pat. kam auf Einbestellung =4

(11) Liegedauer:..... Tage

(12) Bettlägerigkeit% :

(13) Pat. lag in 1 / 2 / 3 / 4 / 5 bettzimmer

(14) Nach Einschätzung des Pat. ist die Krankheit
eher leicht 5 4 3 2 1 eherschwer

(15) Nach Einschätzung des Personals ist die Krankheit
eher leicht 5 4 3 2 1 eher schwer

(16) Nach meiner Einschätzung (Krankenblatt, P, Ä, Pf) ist die Krankheit
eher leicht 5 4 3 2 1 eher schwer

(17) Pat. hält die Krankheit für
überwiegend organisch 1 - - - 5 überwiegend psych.bedingt

(18) Ä+Pf. halten die Krankheit für
überwiegend organisch 1 - - - 5 überwiegend psych. bed.

(19) Nach meinem Eindruck ist die Krankheit
überwiegend organisch 1 - - - 5 überwiegend psych.bedingt

Einweisungsdiagnose:

Entlassungsdiagnose:

(20) Nach meinem Eindruck handelt es sich bei der Krankheit um:

1=eine überw. organ. Erkrankung ohne psych.Komplikation
2=eine überwieg.organ. Erkr. mit davon weitgehend unabhängigen bestehenden psych.Problemen
3=eine organ. Erkrankung mit direkt zusammenhängenden psych. Problemen
4=eine organ. Erkrankung mit nachfolgenden emotionalen /psychosozialen Problemen
5=eine psychosomatische Erkrankung mit Organbefund
6=eine funktionelle Störung ohne Organbefund
(7=eine Verhaltensstörung (neurotische oder psychotische St.)

(21) Grund f.KHA: 1=Pat. kommt z. Durchuntersuchung
2=Pat. kommt zu einem einzelnen Eingriff
3=Pat. kommt zur Behandlung einer chron.Erkrankung
4=Pat. kommt zur Behandlung eines akuten Geschehens

(22) Der körperliche Allgemeinzustand scheint gut 5 + 3 2 1 reduziert

(23) Der seelische Allgemeinzustand erscheint gut 5 4 3 2 1 reduziert

		Anzahl
Eingriffe wurden vorgenommen:	nicht belastende/invasive :	
" " "	leicht belastende/invasive:	
" " "	mäßig belastende /invasive:	
" " "	stark belastende /invasive:	

(Definition: nicht bel= EKG,RÖ, routine Blutabnahme
leicht bel=Katheter Blase, Venen,häufiges Blutabnehmen Infusion
mäßig bel= Gastro-,Rektoskopie,Biopsien,Reherzkath.
stark bel=ERCP,Lap?Rö Colon, Perkutane Galle,Coloskopie

weitere Belastungen im Verlauf der Krankheit: Komplikationen
Einschränkungen
Krisen
Therapieschäden

(24) Insgesamt war die Belastung durch Eingriffe
gering 5 4 3 2 1 sehr hoch

(25) Insgesamt war die Belastung im Krankheitsverlauf
gering 5 4 3 2 1 sehr hoch

(26) Objektiver Zustand bei Entlassung: 1=geheilt
+Prognose 2=gebessert/Defektheilung
3=gleich
4=chron.Leiden-Rezidive z.erwarten
5=verschlechtert
6=infaust

(27) subjektiver Zustand bei Entlassung: 1=geheilt
2=gebessert
3=gleich
4=chron.Schaden empfunden
5=verschlechtert
6=P fürchtet schlechten Ausgang

(28) Pat. empfindet seine Entlassung als verfrüht 1 - - - 5 verspätet

Das Gespräch

Name des Pat.: Datum:

Gespräch am..... Tag des KhA / Dauer des Gesprächs:.....min

(1) Beginn: glatt 5 4 3 2 1 problematisch

(2) Verlauf: glatt 5 4 3 2 1 problematisch

(3) Sprache des Pat.: spontan 5 4 3 2 1 gehemmt

(4) Pat. redete viel 5 4 3 2 1 wenig

(5) Pat. unterbrach mich oft 1 2 3 4 5 selten

(6) Pat. ging auf meine Fragen ein: hinreichend 5 4 3 2 1 ungenügend

(7) Pat verhielt sich im Gespräch: sehr aktiv 5 4 3 2 1 sehr passiv

(8) Das Gespräch war: tiefgehend 5 4 3 2 1 oberflächlich

(9) Das Gespräch war: herzlich/persönlich 5 4 3 2 1 steif/distanziert

(10) Kontakt: gut 5 4 3 2 1 schlecht

(11) Stimmung: hypomanisch 5 4 3 2 1 depressiv

Pat. erscheint während des Gesprächs :

(12) affektiv: durchlässig 5 4 3 2 1 verschlossen

(13) psychomotorisch: lebhaft 5 4 3 2 1 starr

(14) gehemmt/ängstlich/verkrampft/irritiert= unsicher 1 2 3 4 5 selbstbewußt, entspannt = sicher

(15) mißtrauisch/vorsichtig/ zurückhaltend-reserviert 1 2 3 4 5 vertrauend/offen/mittelsam

(16) Pat. steht dem Gespräch gleichgültig, unwillig= negativ 1 2 3 4 5 ernsthaft/interessiert/ bereitwillig=positiv gegenüber

Charakter des Gesprächs/Pat. tritt mir entgegen:

	sehr	nicht
(17) hilfsbereit/belehrend/väter/mütterlich	5 4 3 2 1	
(18) hilfesuchend/fordernd/vereinnahmend/"Beratung"	1 2 3 4 5	
(19) unterwürfig/angepaßt/Rollenstereotyp/"Anamnese"	1 2 3 4 5	
(20) Von gleich zu gleich/"ernsthafte Unterhaltung"	5 4 3 2 1	
(21) aggressiv /"Anklage"	1 2 3 4 5	

(22) Anlaß, die Angaben d.Pat. vorsichtig zu behandeln, zu bezweifeln: nein 5 4 3 2 1 ja

(23) Pat erzählt bewußt Falsches: nein 5 4 3 2 1 ja

(24) Pat. verschweigt etwas: nein 5 4 3 2 1 ja

(25) Pat täuscht sich selber in der Wahrnehmung der Dinge: nein 5 4 3 2 1 ja

(26) Pat. erzählt widersprüchliches: nein 5 4 3 2 1 ja

(27) Pat. steht mir reserviert gegenüber: nein 5 4 3 2 1 ja

Die Schilderungen des Pat. sind geprägt von:

(28) Kritik 5 4 3 2 1 Angepaßtheit

(29) Distanziertheit 1 2 3 4 5 Emotionen

(30) Dramatisieren 5 4 3 2 1 bagatellisieren

(31) Überwiegen äußerer [illegible]

Spontan redet Pat. über:

	sehr	nicht
(32) Medizinisches/ Krankheit	1 2 3 4 5	
(33) Krankenhaus/ Klinikerlebnisse	1 2 3 4 5	
(34) sich selber/ Biografisches	1 2 3 4 5	
(35) Familie/Beruf/soziale Bezüge	1 2 3 4 5	
(36) Probleme, die er hat	1 2 3 4 5	
(37) stellt Fragen und will Beratung	1 2 3 4 5	

(38) Dem KHA ging Aufregendes voraus : ja 1 2 3 4 5 nein

(39) Pat. hat bei der Aufnahme viel Angst gehabt 1 2 3 4 5 gar keine

(40) Die Räumlichkeiten haben d.Pat. zugesagt 5 4 3 2 1 gar nicht

(41) Das Essen hat dem Pat. zugesagt 5 4 3 2 1 gar nicht

(42) Die Visite erlebte er: belastend/aufregend 1 2 3 4 5 beruhigend/entspannend

(43) Die Nächte erlebte er: belastend/aufregend 1 2 3 4 5 beruhigend/entspannend

(44) Zu Fragen über d.Anpassung an den Stationsalltag ist er mitteilsam 5 4 3 2 1 verschlossen

(45) Pat. redet darüber distanziert 1 2 3 4 5 emotionsgeladen

(46) Den Stationsalltag erlebt er: belastend/aufregend/labilisierend 1 2 3 4 5 beruhigend/entspannend/stabilisierend

(47) Er verspürt Anpassungsdruck/Sanktionsangst: sehr 1 2 3 4 5 garnicht

(48) Er paßt sich gezwungenermaßen an 1 2 3 4 5 bereitwillig

(49) Er erlebt sein Durchsetzungsvermögen ausreichend 5 4 3 2 1 zu gering

(50) Es gab besondere Auseinandersetzungen 1 2 3 4 5 keine

(51) Kontakt zu d. Schwestern: befriedigend 5 4 3 2 1 unbefriedigend erlebt

(52) Kontakt zu d.Ärzten : befriedigend 5 4 3 2 1 unbefriedigend erlebt

(53) Kontakt zu anderen Pat : befriedigend 5 4 3 2 1 unbefriedigend erlebt

(54) Zu Fragen über seine Krankheit ist Pat.: mitteilsam 5 4 3 2 1 verschlossen

(55) Über seine Kr. redet er: distanziert 1 2 3 4 5 emotionsgeladen

(56) Pat. beschäftigt sich viel mit sich+ der Kr. 1 2 3 4 5 wenig

(57) Pat. dramatisiert seine Kr. 1 2 3 4 5 bagatellisiert

(58) Pat. setzt sich mit seiner Kr. aggressiv 1 2 3 4 5 resignativ auseinander

(59) Die Kr. bedeutet einen Einschnitt in sein Leben: sehr 1 2 3 4 5 nicht

(60) Die Kr. belastet ihn seelisch akut sehr 1 2 3 4 5 nicht

(61) Pat. fürchtet durch seine Kr.+ deren Folgen auf längere Zeit soziale/emotionale Probleme 1 2 3 4 5 Pat. glaubt, nachher wird alles weitergehen wie zuvor

(62) Seine Kr. macht ihm Angst: sehr große 1 2 3 4 5 gar keine

(63) Informationsstand über die Krankheit ausreichend 5 4 3 2 1 ungenügend (objekt)

(64) Er fühlt sich über d.Kr. ungenügend 1 2 3 4 5 ausreichend informiert

(65) Er konnte sich mit seinem Informationsbedürfnis durchsetzen 5 4 3 2 1 nicht durchsetzen

(66) Mit der erhaltenen Info. konnte er etwas 5 4 3 2 1 nichts anfangen

(67) Von mir wollte er Erklärungen haben : ja 1 2 3 4 5 nein

(68) was Belastungen durch med. Maßnahmen angeht, sieht sich d. Pat:
eher empfindlich 1 2 3 4 5 eher robust

(69) Er hatte eine Vorstellung, was ungefähr ablaufen wird 5 4 3 2 1 er sah sich gänzlich überrascht

(70) Er hat an einzelne Eingriffe schreckliche Erinnerungen
ja 1 2 3 4 5 nein

(71) P hatte vor/während der Eingriffe große Angst: ja 1 2 3 4 5 nein

(72) Er sah sich als Objekt unterworfen /ausgeliefert/verlassen 1 2 3 4 5 als Person beteiligt/geborgen/unterstützt

(73) Bei Fragen zu seiner innenwelt (Gefühle, Probleme, Gedanken)
zeigt er sich mitteilsam 5 4 3 2 1 verschlossen

(74) ....distanziert 1 2 3 4 5 emotional

(75) Er akzeptiert seine Gefühle 5 4 3 2 1 wehrt sie ab

(76) Er äußert seine Gefühle 5 4 3 2 1 behält sie für sich

(77) Er erwartet Empathie und Verständnis 5 4 3 2 1 nicht

Seine Gedanken kreisen hauptsächlich um:

	sehr					nicht
(78) Krankheit	1	2	3	4	5	
(79) krankenhaus	1	2	3	4	5	
(80) Zukunft	1	2	3	4	5	
(81) Familie, persönl. Beziehungen	1	2	3	4	5	
(82) Beruf, Soziales Umfeld+Lage	1	2	3	4	5	
(83) Sorgen, Probleme	1	2	3	4	5	
(84) anderes	1	2	3	4	5	

(85) Er empfindet viele 1 2 3 4 5 keine Probleme

Er äußert sich zu allgemeinen oder persönlichen Problemen:

	sehr					nicht
(86) verleugnend	1	2	3	4	5	
(87) resignierend	1	2	3	4	5	
(88) aggressiv	1	2	3	4	5	
(89) dramatisierend	1	2	3	4	5	
(90) bagatellisierend	1	2	3	4	5	
(91) gefaßt/realistisch	1	2	3	4	5	
(92) konstruktiv/bietet Lösungsvorschläge	1	2	3	4	5	

Ursache für seine persönlichen Probleme sieht er in:

	sehr					nicht
(93) krankheit	1	2	3	4	5	
(94) krankenhaus	1	2	3	4	5	
(95) Familiäre Situation	1	2	3	4	5	
(96) berufl./soziale Sit.	1	2	3	4	5	
(97) sich selber, seinem Charakter	1	2	3	4	5	

(98) Bei Fragen über sein Leben außerhalb des KH zeigt er sich:
mitteilsam 5 4 3 2 1 verschlossen

(99) Er spricht davon distanziert 1 2 3 4 5 emotional

(100) Er hat im KH Kontakt mit der Außenwelt gehalten 5 4 3 2 1 der Kontakt ist unterbrochen

(101) Der Kontakt ist für ihn befriedigend/entspannend/stützend 5 4 3 2 1 unbefriedigend/belastend/labilisierend

(102) Innerlich steht er in Bezug zur Außenwelt 5 4 3 2 1 er hat diesen Bezug verlassen

(103) Familiäre Situation: Befriedigend/konfliktfrei/stützend=positiv 5 4 3 2 1 unbefriedigend/konfliktreich labilisierend=negativ

(104) Beruflich/soziale Sit.: positiv 5 4 3 2 1 negativ

(105) Er fühlt sich in seinem sozialen Rahmen insgesamt:
unsicher und gefährdet 1 2 3 4 5 gesichert und geborgen

(106) Auf das Nachhausekommen freut er sich 5 4 3 2 1 ist ängstlich gespannt

(107) Er meint, d. Resozialisation wird problemlos 5 4 3 2 1 problematisch

(108) Er meint, die gesundheitliche Rehabilitation wird:
problemlos 5 4 3 2 1 problematisch

(109) Er meint, dieser KHA hat seine Meinung zum KH
positiv 5 4 3 2 1 negativ beeinflußt

Items, angelehnt an den Beurteilungsbogen:

	ja					nein
(110) Eingewöhnen im KH fiel schwer	1	2	3	4	5	
(111) Konnte sich gut in den Tagesablauf einordnen	5	4	3	2	1	
(112) Oft wußte P nicht, wie er sich verhalten sollte	1	2	3	4	5	
(113) P fühlte sich sehr eingeschränkt	1	2	3	4	5	
(114) P fühlte sich bevormundet	1	2	3	4	5	
(115) hat sich von Mitpat. zurückgezogen	1	2	3	4	5	
(116) meint, man konnte für seine Bedürfnisse nicht genug Zeit aufbringen, fühlt sich vernachlässigt	1	2	3	4	5	
(117) P schien das Bedürfnis nach mehr Gespräch zu haben	1	2	3	4	5	
(118) P stellt sich als sehr anspruchslos dar	5	4	3	2	1	
(119) P hat sich im KH wohlgefühlt	5	4	3	2	1	
(120) P war oft ganz hilflos	1	2	3	4	5	
(121) P fühlte sich ganz geborgen	5	4	3	2	1	
(122) P hat unter der Situation ziemlich gelitten	1	2	3	4	5	
(123) Hat sehr auf Krankheitssymptome geachtet	5	4	3	2	1	
(124) Hat sich aktiv um Information bemüht	5	4	3	2	1	
(125) Die med. Maßnahmen haben ihn sehr belastet	1	2	3	4	5	
(126) Hat versucht, alles klaglos auszuhalten	5	4	3	2	1	
(127) bemüht, z. glatten Ablauf d. med. Maßnahmen beizutragen	5	4	3	2	1	

Dominierende Gefühlsregungen dürften für d. Pat gewesen sein:

	sehr					nicht
(128) Entspanntheit	5	4	3	2	1	
(129) Einsamkeit	1	2	3	4	5	
(130) Angst	1	2	3	4	5	
(131) Nervosität	1	2	3	4	5	
(132) ausgeglichene Stimmung	5	4	3	2	1	
(133) Niedergeschlagenheit/Depressivität	1	2	3	4	5	
(134) Ärger	1	2	3	4	5	
(135) Langeweile	1	2	3	4	5	
(136) Kränkung	1	2	3	4	5	
(137) Hoffnung, Zuversicht	5	4	3	2	1	

° Zusätzliche bzw. korrigierende Items

statt KG 1 : Alter: bis 30=1,31-45=2,46-60=3,61+älter=4

statt KG 5 : Milieu: Bäuerlich=1, Stadt Untersch.=2, untere Mittelsch.
mittl.Mittelsch=4, obere Mittelsch.=5,Obersch.=

statt KG11 : Liegedauer: __ bis 1od=1, mittel-11-2o=2, 21-3o=3 über

statt KG12 : Bettlägerigkeit:nicht 5 4 3 2 1 überwiegend (2o Stufen)

statt KG22 : körperl.Allgemeinzust. am Ende KHA: gut 5 4 3 2 1 reduzi

statt KG23 : seelischer " " " " : gut 5 4 3 2 1 reduzi

dazu: (29) Köperlicher " zu Beginn des KHA:gut 5 4 3 2 1 reduz.

dazu: (3o) seelischer " zu Beginn des KHA:gut 5 4 3 2 1 reduzi

Interview: -Arrangement: 2-Punkt=1, 1-Punkt=2,Alte=3, 4 (138)

(139): -Länge:-2o=1,-4o=2,-6o=3,-9o=4 Über9o=5 (139)

(14o) : Haltung d.P beim Erstkontakt: ablehnend 1 2 3 4 5 zugewandt
mißtrauisch freundlich

(141) : Haltung d.p später: " 1 2 3 4 5 "

(142) : Gesprächstyp: tiefgehendes Interview =1 (P im Zentrum)
verstehendes Gespräch =2 (P "
sachliche Diskussion =3 (KH "
emotionale Diskussion =4 (KH "
freundliche Unterhaltg =5 (versch.
formelles Gespräch =6

(143): Ps Persönlichkeit scheint: dekompensiert 1
sehr labil =2
kompensiert labil =3
stabil (rational) =4
stabil (Gelssenheit) =5

(145): Ps Persönlichkeit hat sich im KH: Labilisiert 1 2 3 4 5 stabilisiert

(146): P sieht im/am/durchs KH für sich Probleme: ja 1 2 3 4 5 nein

(147): P hat persönlich Sorgen/Probleme: Vorwiegend in folgenden ..
Überlastung/Streß im Beruf =1
Familiäre Probleme =2
Überlastung i.S.vDoppelbelasung ♀ =3
Soziale Pr(Wohnung,Geld,Arbeit) =4
Alkohol =5
Alter,Einsamkeit,Depression =6
Bedrohung d.Krankheit =7
sonstige (Depresion) =8
keine besonderen Probleme =9

(148): Psych. Betreuung nötig: keine besondere =1
Anteilnahme =2
verstehende Gesp.=3 (Lebensbewältig.
"große"Ps.Th =4

(149): P erklärt sich voll 5 4 3 2 1 gar nicht zufrieden mit KHA

(15o): P konnte sich erfolgreich 5 4 3 2 1 gar nicht anpassen

(151): Ps Grundhypothese zum KH:
" man muß sich doch einordnen" (Autoritär) =1
" wenn man will geholfen bekommen" (pass.rezeptiv) =2
"Ich kann sich überall anpassen"(Humor,gelassen =3
"wenn man freundl ist, wird man auch f.behandelt" =4
"Personal ist so überlastet, noch anderer, sch wärere"=5
(Ansprüche reduzieren,Entschuldiggsstrategie)

(152): P nimmt eine progressiv/aktive 5 4 3 2 1 abwartendrezeptiv.

2. Die Häufigkeitsauszählung über alle Items

Bogen 3: Einstellung zur Krankheit

ANZ.	MITTEL	STREUUNG	nein 1	2	3	4	ja 5	
120	3.82	1.378	16 13.3	6 5.0	12 10.0	36 30.0	50 41.7	(1) Gewöhnlich achte ich nicht besonders auf Veränderungen an meinem Körper
117	4.03	1.163	3 2.6	15 12.8	14 12.0	29 24.8	56 47.9	(2) Medizinische Dinge sind ein sehr interessantes Thema
120	3.47	1.534	21 17.5	17 14.2	12 10.0	25 20.8	45 37.5	(3) Bis ich zum Arzt gehe, muß erst einiges zusammenkommen
119	2.08	1.350	59 49.6	22 18.5	20 16.8	5 4.2	13 10.9	(4) Für persönliche Sorgen und Probleme ist das Krankenhaus zuständig
120	4.68	.780	2 1.7	2 1.7	5 4.2	15 12.5	96 80.0	(5) Als Patient sollte man über seine Krankheit und die nötigen Folgen genau Bescheid wissen
120	3.50	1.372	12 10.0	20 16.7	25 20.8	22 18.3	41 34.2	(6) Im Ganzen habe ich eine recht widerstandsfähige Gesundheit
117	3.08	1.463	23 19.7	23 19.7	21 17.9	22 18.8	28 23.9	(7) Zur Zeit fühle ich mich recht krank
116	3.33	1.263	12 10.3	17 14.7	34 29.3	27 23.3	26 22.4	(8) Von medizinischen Dingen verstehe ich viel zu wenig
119	3.32	1.420	17 14.3	21 17.6	22 18.5	25 21.0	34 28.6	(9) Um meine Gesundheit mache ich mir gewöhnlich keine Sorge
120	4.12	1.022	3 2.5	6 5.0	20 16.7	36 30.0	55 45.8	(1o) Wenn ich nicht richtig über meine Krankheit Bescheid weiß, fühle ich mich sehr unsicher
114	3.61	1.300	10 8.8	13 11.4	27 23.7	25 21.9	39 34.2	(11) Mit Stimmungsschwankungen und Gefühlen muß man im Krankenhaus allein fertig werden
120	4.30	.885	0 0.0	5 4.2	19 15.8	31 25.8	65 54.2	(12) Ich kann auch selber dazu beitragen, daß ich gesund werde
120	4.36	.977	4 3.3	3 2.5	10 8.3	32 26.7	71 59.2	(13) Wenn ich nicht richtig Bescheid weiß über meine Krankheit, bemühe ich mich sehr um Information
120	3.94	1.079	3 2.5	6 5.0	37 30.8	23 19.2	51 42.5	(14) Ich denke, dem Pflegepersonal sind Patienten, die keine großen Ansprüche stellen, am liebsten

ANZ.	MITTEL	STREUUNG	1	2	3	4	5	Für mich als Patient ist es.... daß
118	4.35	.831	1 .8	3 2.5	12 10.2	40 33.9	62 52.5	(15) ..daß ich körperlich wenig Unannehmlichkeiten und Schmerzen ertragen muß
119	4.45	.810	1 .8	2 1.7	12 10.1	31 26.1	73 61.3	(16) ..daß ich keine Angst zu haben brauche
119	4.29	.931	1 .8	5 4.2	18 15.1	30 25.2	65 54.6	(17) ..daß ich mich auch einmal aussprechen kann
117	3.98	.820	0 0.0	3 2.6	31 26.5	48 41.0	35 29.9	(18) ..daß die Umgebung ansprechend gestaltet ist
119	4.89	.339	0 0.0	0 0.0	1 .8	11 9.2	107 89.9	(19) ..daß ich das Gefühl habe, hier geschieht alles, damit ich gesund werde
119	4.74	.589	1 .8	0 0.0	3 2.5	21 17.6	94 79.0	(2o) ..daß ich mich geborgen und gut versorgt fühlen kann
118	4.37	.923	4 3.4	1 .8	9 7.6	37 31.4	67 56.8	(21) ..daß ich nicht allein gelassen werde
117	4.73	.567	0 0.0	1 .9	4 3.4	21 17.9	91 77.8	(22) .. daß ich über alles, was mich und meine Gesundheit betrifft, genau Bescheid weiß
118	4.41	.829	1 .8	3 2.5	11 9.3	35 29.7	68 57.6	(23) ..daß ich das Gefühl habe, verstanden zu werden
119	4.51	.735	0 0.0	1 .8	14 11.8	27 22.7	77 64.7	(24) ..daß ich mich mit meinen Mitpatienten gut verstehe
119	3.90	.906	1 .8	4 3.4	37 31.1	41 34.5	36 30.3	(25) ..daß mir das Essen zusagt
116	3.72	1.125	6 5.2	8 6.9	34 29.3	33 28.4	35 30.2	(26) ..daß man auf meine Persönlichkeit eingeht
117	4.71	.644	1 .9	1 .9	3 2.6	21 17.9	91 77.8	(27) ..daß ich mich mit den Ärzten und dem Pflegepersonal gut verstehe
117	4.71	.51o	0 0.0	0 0.0	3 2.6	28 23.9	86 73.5	(28) ..daß jemand da ist, wenn ich jemand brauche
114	3.80	1.284	10 8.8	9 7.9	20 17.5	30 26.3	45 39.5	(29) ..daß ich nicht bevormundet werde

ANZ.	MITTEL	STREUUNG	1	2	3	4	5	
93	2.18	1.142	34	23	25	7	4	(3o) genaue Information
			36.6	24.7	26.9	7.5	4.3	
90	3.40	.790	1	14	23	52	0	(31) ansprechende Umgebung
			1.1	15.6	25.6	57.8	0.0	
91	2.00	.919	31	36	17	7	0	(32) körperliches Wohlbefinden
			34.1	39.6	18.7	7.7	0.0	
87	2.56	1.148	22	18	23	24	0	(33) Geborgenheit
			25.3	20.7	26.4	27.6	0.0	
7	3.57	1.134	0	1	3	1	2	(34) Zahl der vorherigen Krankenhausaufenthalte
			0.0	14.3	42.9	14.3	28.6	
93	4.01	1.016	3	3	20	31	36	(35) Wie waren die Erfahrungen, die Sie damals gemacht haben
			3.2	3.2	21.5	33.3	38.7	Überwiegend gut :5 Überwiegend schlecht :1

(3o)-(33): Im Krankenhaus ist mir am wichtigsten: 1
zweitwichtigsten: 2
drittwichtigsten: 3
unwichtigsten: 4

Bogen 4: Erfahrungen des Patienten während des Krankenhausaufenthaltes /Häufigkeitsauszählung

ANZ.	MITTEL	STREUUNG	nein 1	2	3	4	ja 5	
119	2.40	1.380	38 31.9	39 32.8	14 11.8	12 10.1	16 13.4	(1) Das Eingewöhnen im Krankenhaus fiel mir ziemlich schwer
116	3.09	1.255	14 12.1	27 23.3	27 23.3	31 26.7	17 14.7	(2) Meistens war ich ganz entspannt
117	2.23	1.269	47 40.2	26 22.2	20 17.1	18 15.4	6 5,1	(3) Oft wußte ich nicht, wie ich mich im Krankenhaus verhalten sollte
119	2.28	1.207	41 34.5	32 26.9	23 19.3	18 15.1	5 4.2	(4) Öfter fühlte ich mich hier einsam
119	4.36	.972	3 2.5	6 5.0	6 5.0	34 28.6	70 58.8	(5) Ich konnte mich sehr gut in den Tagesablauf einordnen
120	2.31	1.358	49 40.8	23 19.2	20 16.7	18 15.0	10 8.3	(6) Alles in allem habe ich unter der Situation ziemlich gelitten
119	4.38	.792	0 0.0	5 4.2	8 6.7	43 36.1	63 52.9	(7) Auf meine Krankheitssymptome und deren Veränderungen habe ich sehr geachtet
117	3.75	1.129	6 5.1	12 10.3	20 17.1	46 39.3	33 28.2	(8) Ich fühlte mich ganz geborgen
118	2.16	1.205	47 39.8	30 25.4	21 17.8	15 12.7	5 4.2	(9) Häufig hatte ich Angst
120	2.55	1.560	50 41.7	13 10.8	19 15.8	17 14.2	21 17.5	(1o) Ich glaube, meine Krankheit hängt auch stark mit seelischen Dingen zusammen
120	3.08	1.342	16 13.3	32 26.7	22 18.3	27 22.5	23 19.2	(11) Insgesamt haben mich meine Krankheit und die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen besonders belastet
119	2.05	1.234	54 45.4	30 25.2	18 15.1	9 7.6	8 6.7	(12) Manchmal war ich ganz hilflos
118	3.71	1.125	3 2.5	17 14.4	27 22.9	35 29.7	36 30.5	(13) Über meine Krankheit und die nötigen Folgen wußte ich seh gut Bescheid
118	2.18	1.224	43 36.4	39 33.1	16 13.6	12 10.2	8 6.8	(14) Im Krankenhaus habe ich mich gar nicht wohl gefühlt

ANZ.	MITTEL	STREUUNG	nein 1	2	3	4	ja 5	
120	4.05	1.136	4 3.3	12 10.0	14 11.7	34 28.3	56 46.7	(15) Über meinen Gesundheitszustand habe ich mir besonders viele Gedanken gemacht
120	4.64	.776	3 2.5	0 0.0	4 3.3	23 19.2	90 75.0	(16) Ich habe mich sehr bemüht, zum glatten Ablauf der nötigen medizinischen Maßnahmen beizutragen
119	4.47	.919	3 2.5	2 1.7	11 9.2	23 19.3	80 67.2	(17) Ich habe mich angestrengt, alle Belastungen ohne Klagen auszuhalten
120	2.06	1.132	49 40.8	34 28.3	23 19.2	9 7.5	5 4.2	(18) Ich habe mich vor anderen Patienten eher zurückgezogen
119	2.76	1.247	23 19.3	30 25.2	28 23.5	28 23.5	10 8.4	(19) Ich war die ganze Zeit ziemlich nervös
117	3.22	1.340	14 12.0	23 19.7	32 27.4	19 16.2	29 24.8	(2o) Ich glaube, alles in allem war ich recht schwer krank
120	4.06	1.040	3 2.5	8 6.7	19 15.8	39 32.5	51 42.5	(21) Ich habe mich um Informationen über meine Krankheit und die nötigen Folgen besonders bemüht
119	2.98	1.321	20 16.8	27 22.7	24 20.2	31 26.1	17 14.3	(22) Oft hatte ich das Bedürfnis nach mehr Gespräch
118	2.91	1.438	26 22.0	26 22.0	22 18.6	21 17.8	23 19.5	(23) Ich hatte insgesamt große Sorgen
118	2.39	1.531	51 43.2	24 20.3	7 5.9	18 15.3	18 15.3	(24) Ich denke, das Eingewöhnen zu Hause wird mir nicht leicht fallen
119	3.46	1.192	6 5.0	23 19.3	28 23.5	34 28.6	28 23.5	(25) Im Ganzen fühlte ich mich in meiner Stimmung ausgeglichen
119	2.85	1.418	27 22.7	29 24.4	17 14.3	27 22.7	19 16.0	(26) Ich war oft sehr niedergeschlagen
115	2.38	1.302	40 34.8	26 22.6	22 19.1	19 16.5	8 7.0	(27) Eigentlich hat man für meine Bedürfnisse nicht genug Zeit aufbringen können
119	4.01	1.077	5 4.2	6 5.0	20 16.8	40 33.6	48 40.3	(28) Im Ganzen werde ich wohl gute Erinnerungen an diesen Krankenhausaufenthalt behalten

ANZ.	MITTEL	STREUUNG	nein 1	2	3	4	ja 5	
115	3.22	1.212	13 11.3	17 14.8	35 30.4	32 27.8	18 15.7	(29) Ich glaube, die Schwestern konnten sich manchmal gar nicht vorstellen, was in mir vorging
117	1.97	1.207	59 50.4	23 19.7	20 17.1	9 7.7	6 5.1	(3o) Manchmal habe ich mich geärgert
119	4.35	.944	3 2.5	4 3.4	9 7.6	35 29.4	68 57.1	(31) Ich habe versucht, die Schwestern möglichst wenig zu beanspruchen
114	3.69	1.074	5 4.4	8 7.0	34 29.8	37 32.5	30 26.3	(32) Man ist hier sehr auf mich eingegangen
119	4.70	.632	1 .8	0 0.0	5 4.2	22 18.5	91 76.5	(33) Ich habe mich bemüht, für das Personal ein angenehmer Patient zu sein
116	3.62	1.124	6 5.2	12 10.3	31 26.7	38 32.8	29 25.0	(34) Ich konnte oft zuversichtlich sein
119	3.63	1.534	18 15.1	16 13.4	13 10.9	17 14.3	55 46.2	(35) Der jetzige Krankenhausaufenthalt kam für mich völlig überraschend
116	2.84	1.248	16 13.8	37 31.9	27 23.3	21 18.1	15 12.9	(36) Es wurde mir hier nie langweilig
118	4.19	1.048	4 3.4	7 5.9	10 8.5	38 32.2	59 50.0	(37) Ich habe versucht, die Ärzte möglichst wenig zu beanspruchen
119	3.34	1.581	23 19.3	19 16.0	17 14.3	14 11.8	46 38.7	(38) Als ich zuerst hörte, ich müsse ins Krankenhaus, war ich sehr erschrocken
118	1.74	1.041	67 56.8	28 23.7	13 11.0	7 5.9	3 2.5	(39) Manchmal fühlte ich mich bevormundet
120	1.34	.825	96 80.0	15 12.5	3 2.5	4 3.3	2 1.7	(4o) Ich bin hier sehr gekränkt worden
119	2.42	1.305	37 31.1	35 29.4	16 13.4	22 18.5	9 7.6	(41) Oft fühlte ich mich im Krankenhaus sehr eingeschränkt

Bogen 5: Einschätzung der Situation der Patienten durch Angehörige des Pflegepersonals /Häufigkeitsauszählung

ANZ.	MITTEL	STREUUNG	nein 1	2	3	4	ja 5	
90	2.57	1.246	18 20.0	37 41.1	7 7.8	22 24.4	6 6.7	(1) Das Eingewöhnen im Krankenhaus fiel dem Pat. ziemlich schwer
90	2.89	1.222	14 15.6	24 26.7	16 17.8	30 33.3	6 6.7	(2) Meistens war d.Pat. ganz entspannt
90	2.51	1.104	18 20.0	32 35.6	17 18.9	22 24.4	1 1.1	(3) Oft wußte d.Pat. nicht, wie er/sie sich verhalten sollte
90	2.64	1.202	16 17.8	34 37.8	10 11.1	26 28.9	4 4.4	(4) Öfter fühlte d.Pat. sich hier einsam
90	4.32	.872	2 2.2	2 2.2	6 6.7	35 38.9	45 50.0	(5) D.Pat. konnte sich sehr gut in den Tagesablauf einordnen
89	2.83	1.199	12 13.5	27 30.3	23 25.8	18 20.2	9 10.1	(6) Alles in allem hat d.Pat. unter der Situation ziemlich gelitten
90	3.66	.962	1 1.1	12 13.3	20 22.2	41 45.6	16 17.8	(7) Auf Krankheitssymptome und deren Veränderungen hat d.Pat. sehr geachtet
90	3.24	.928	3 3.3	15 16.7	35 38.9	31 34.4	6 6.7	(8) D.Pat. fühlte sich ganz geborgen
89	2.76	1.118	9 10.1	35 39.3	19 21.3	20 22.5	6 6.7	(9) Häufig hatte d.Pat. Angst
90	2.87	1.326	19 21.1	17 18.9	22 24.4	21 23.3	11 12.2	(1o) Ich glaube, die Krankheit d.Pat. hängt auch stark mit seelischen Dingen zusammen
90	2.93	1.130	9 10.0	26 28.9	24 26.7	24 26.7	7 7.8	(11) Insgesamt haben die Krankheit und die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen d.Pat. besonders belastet
90	2.51	1.238	19 21.1	38 42.2	7 7.8	20 22.2	6 6.7	(12) Manchmal schien d.Pat. ganz hilflos
89	3.06	1.026	3 3.4	28 31.5	26 29.2	25 28.1	7 7.9	(13) Über die Krankheit und die nötigen Folgen wußte d.Pat. sehr gut Bescheid

ANZ.	MITTEL	STREUUNG	1	2	3	4	5	
89	2.39	1.134	25 28.1	23 25.8	24 27.0	15 16.9	2 2.2	(14) Im Krankenhaus hat sich d.Pat. gar nicht wohl gefühlt
88	3.50	1.061	3 3.4	13 14.8	25 28.4	31 35.2	16 18.2	(15) Über den Gesundheitszustand hat sich d.Pat. besonders viele Gedanken gemacht
89	4.43	.721	0 0.0	1 1.1	9 10.1	30 33.7	49 55.1	(16) D.Pat. hat sich sehr bemüht, zum glatten Ablauf der nötigen medizinischen Maßnahmen beizutragen
90	4.18	1.012	1 1.1	8 8.9	9 10.0	28 31.1	44 48.9	(17) D. Pat. hat sich angestrengt, alle Belastungen ohne Klagen auszuhalten
90	2.19	1.235	35 38.9	24 26.7	15 16.7	11 12.2	5 5.6	(18) Von anderen Pat. hat sich d.Pat. eher zurückgezogen
90	2.64	1.105	13 14.4	33 36.7	21 23.3	19 21.1	4 4.4	(19) D.Pat. war die ganze Zeit ziemlich nervös
90	2.79	1.065	8 8.9	33 36.7	24 26.7	20 22.2	5 5.6	(20) Alles in allem war d.Pat. recht schwer krank
90	3.27	1.149	5 5.6	21 23.3	23 25.6	27 30.0	14 15.6	(21) D.Pat. hat sich um Informationen über die Krankheit und die nötigen Folgen besonders bemüht
90	3.50	1.030	3 3.3	14 15.6	21 23.3	39 43.3	13 14.4	(22) D.Pat. schien oft das Bedürfnis nach mehr Gespräch zu haben
90	2.79	.930	3 3.3	37 41.1	30 33.3	16 17.8	4 4.4	(23) D.Pat. schien insgesamt große Sorgen zu haben
90	2.32	1.279	33 36.7	22 24.4	11 12.2	21 23.3	3 3.3	(24) Ich denke, das Eingewöhnen zu Hause wird d. Pat. nicht leicht fallen
88	3.36	1.215	7 8.0	17 19.3	17 19.3	31 35.2	16 18.2	(25) Im Ganzen schien d.Pat. in der Stimmung ausgeglichen
89	2.58	1.176	15 16.9	37 41.6	12 13.5	20 22.5	5 5.6	(26) D.Pat. war oft niedergeschlagen
90	2.82	1.128	9 10.0	30 33.3	28 31.1	14 15.6	9 10.0	(27) Eigentlich konnten wir für die Bedürfnisse d.Pat. nicht genug Zeit aufbringen
90	3.67	.874	2 2.2	8 8.9	18 20.0	52 57.8	10 11.1	(28) Im Ganzen wird d. Pat. wohl gute Erinnerungen an diesen Krankenhausaufenthalt behalten

ANZ.	MITTEL	STREUUNG	nein 1	2	3	4	ja 5		
90	2.98	1.081	2 2.2	37 41.1	22 24.4	19 21.1	10 11.1	(29)	Wir konnten uns manchmal nicht recht vorstellen,was in d.Pat. vorging
90	2.52	1.008	13 14.4	36 40.0	24 26.7	15 16.7	2 2.2	(3o)	Manchmal hat sich d.Pat. geärgert
89	4.01	1.201	5 5.6	9 10.1	6 6.7	29 32.6	40 44.9	(31)	D.Pat. war ein sehr anspruchsloser Patient/in
90	2.66	.985	6 6.7	41 45.6	26 28.9	12 13.3	5 5.6	(32)	Wir sind besonders auf ihn/sie eingegangen
90	4.08	1.104	4 4.4	6 6.7	9 10.0	31 34.4	40 44.4	(33)	D.Pat war für das Pflegepersonal ein angenehmer Pat.
90	2.59	1.090	12 13.3	38 42.2	20 22.2	15 16.7	5 5.6	(34)	D. Pat. schien sich recht schwer krank zu fühlen
90	1.84	1.101	45 50.0	28 31.1	6 6.7	8 8.9	3 3.3	(35)	D.Pat. ließ sich ziemlich gehen
88	4.44	.786	1 1.1	2 2.3	4 4.5	31 35.2	50 56.8	(36)	Insgesamt kam ich mit d. Pat. gut zurecht

Bogen 6: Persönliche Daten und soziale Verhältnisse/ Häufigkeitsauszählung

ANZ.	MITTEL	STREUUNG	1	2	3	4	5	6	7	
120	2.92	1.104	18 15.0	18 15.0	43 35.8	40 33.3				(1)Alter :1=bis 3o, 2=31-45, 3=46-6o, 4=61 und älter
120	1.55	.548	56 46.7	63 52.5	0 0.0					(2)Geschlecht: 1=männlich , 2= weiblich
120	2.11	.708	15 12.5	83 69.2	18 15.0	3 2.5				(3)Familienstand: 1=led, 2= verh., 3=verwitwet, 4=geisch. oder getrennt
120	1.38	.791	91 75.8	15 12.5	13 10.8	0 0.0				(4)Sozialer Rahmen: 1= lebt mit Angehörigen 2= lebt allein, aber fester Bezugsrahmen 3= lebt allein ohne festen Bezugsrahmen
120	3.34	1.470	14 11.7	21 17.5	31 25.8	31 25.8	12 10.0	10 8.3		(5)Milieu:1= vom Land, 2= Stadt Untersch. 3= untere Mittelsch 4= mittl.Mittelsch., 5= obere Mittelsch.,6=Obersch.
119	2.87	1.186	16 13.4	35 29.4	22 18.5	44 37.0	0 0.0			(6)Vorherige Krankenhausaufenthalte: 1= o ,2=1-2 ,3=3-4, 4=mehr als 4
104	2.35	1.197	34 32.7	28 26.9	14 13.5	28 26.9	0 0.0			(7)Krankenhausaufenth. wann :1=im letzten Jahr 2= i.d. letzten 3 , 3= i.d.letzten 6 Jahren 4=länger her
104	3.67	1.288	9 8.7	6 5.8	30 28.8	27 26.0	31 29.8			(8)Erfahrungen dort: Überwiegend gut=5 ..1=überwieg.schlecht
										Anlaß und Verlauf des jetzigen Krankenhausaufenthaltes
120	2.45	1.215	33 27.5	33 27.5	25 20.8	27 22.5				(9)Aufnahme:1=Nota. 2=überraschend,3=kurzfristig,4=langfristi geplant
120	3.18	1.412	13 10.8	33 27.5	26 21.7	19 15.8	28 23.3			(1o)Liegedauer:1=bis1Woche ,2=1-2,3=2-3,4=3-4, 5=über4 Wochen
120	4.18	1.092	1 .8	10 8.3	20 16.7	27 22.5	61 50.8			(11)Bettlägerigkeit:überwiegend=1..5= gar nicht
120	3.25	1.132	3 2.5	37 30.8	26 21.7	35 29.2	19 15.8			(12)Zimmer:1=Einbettzi, 2=Zweibettzi 3=Dreibettzi. ...
120	2.63	1.365	33 27.5	27 22.5	26 21.7	19 15.8	15 12.5			(13)Patient hält seine Krankheit für: leicht=5...1=schwer

ANZ.	MITTEL.	STREUUNG	1	2	3	4	5	6	7	
120	2.47	1.250	31	38	26	14	11			(14)Nach objektiver Einschätzung ist d.Krankheit: eherleicht=5..1=eher schwer
			25.8	31.7	21.7	11.7	9.2			
120	1.57	1.035	85	14	13	4	4			(15)Pat. hält seine Krankheit für :
			70.8	11.7	10.8	3.3	3.3			überwiegend psychisch=5..1=überwiegend organisch
120	2.17	1.590	70	11	9	9	21			(16)Nach obj.Einsch. ist d. Erkrankung :
			58.3	9.2	7.5	7.5	17.5			überwiegend psychisch=5..1=überwiegend organisch
120	3.11	1.781	34	19	8	36	8	12	3	(17)Krankheit und psychische Problematik: bedingt
			28.3	15.8	6.7	30.0	6.7	10.0	2.5	1=organische Erkr. ohne psych.Problematik 2=organ.Erkr. und unabhängige psych.Problemetik 3=organ.Erkr. als Folge v.psych.Problematik 4=organ.Erkr. als Ursache v. psych.Problematik 5=psychosomatische Erkrankung 6=funktionelle Störung 7=neurot./psychot./Verhaltensstörung
120	2.93	1.150	22	14	36	47	0			(18)Grund des Krankenhuasaufenthaltes 1=Durchuntersuchung,2=einzelner Eingriff 3=akute, 4= chronische Erkrankung
			18.3	11.7	30.0	39.2	0.0			
120	4.38	.821	0	1	17	41	60			(19)Körperlicher Allgemeinzustand am Ende des Aufenth.: gut=5..1=schlecht
			0.0	.8	14.2	34.2	50.0			
120	3.45	1.460	15	21	22	21	40			(2o)seelischer Allgemeinzustand am Ende des Aufenthalt: gut=5..1=schlecht
			12.5	17.5	18.3	17.5	33.3			
120	3.60	1.381	15	8	30	26	40			(21)Belastung durch Eingriffe: gering=5..1= sehr hoch
			12.5	6.7	25.0	21.7	33.3			
120	3.08	1.406	21	22	28	26	22			(22)Belastung durch die Krankheit: gering=5..1= sehr hoch
			17.5	18.3	23.3	21.7	18.3			
120	2.88	1.355	18	33	33	27	0	8	1	(23)Objektiver Zustand und Prognose bei Entlassung: 1=geheilt,2=gebessert,3=gleich,4=chron.Leiden 5=verschlechtert,6=infaust
			15.0	27.5	27.5	22.5	0.0	6.7	.8	
120	2.62	1.291	25	37	29	23	1	4	1	(24)Subjektive Beurteilung des Zustands durch d.Pat: 1=geheilt,2=gebessert,3=gleich,4=chron.Leiden 5=verschlechtert,6=Pat.fürchtet schlechten Ausgang
			20.8	30.8	24.2	19.2	.8	3.3	.8	
120	2.92	1.267	15	32	42	12	18			(25)Körperlicher Zustand zu Beginn des Aufenthaltes: gut=5..1=schlecht
			12.5	26.7	35.0	10.0	15.0			
117	2.48	1.368	35	33	21	16	11			(26)Seelischer Zustand zu Beginn des Aufenthaltes gut=5..1=schlecht
			29.9	28.2	17.9	13.7	9.4			

Bogen 7: Intwerviewauswertung /Häufigkeitsauszählung

ANZ.	MITTEL	STREUUNG	1	2	3	4	5	
120	2.04	.803	36	43	41	0	0	(1) Arrangement: 1=2 Termine, 2=1 Termin, 3=Arr.f. ältere Pat.
			30.0	35.8	34.2	0.0	0.0	
120	2.21	.916	24	59	29	4	4	(2) Länge: 1=bis 2o, 2=2o-4o, 3=4o-6o, 4=6o-9o, 5=über 9o Min.
			20.0	49.2	24.2	3.3	3.3	
120	3.86	1.190	7	10	22	35	46	(3) Haltung des Pat. beim Erstkontakt: zugewandt=5..1=ablehnend
			5.8	8.3	18.3	29.2	38.3	
120	4.51	.953	2	7	6	18	87	(4) Haltung des Pat. im weiteren Verlauf: zugewandt=5..1=ablehnend
			1.7	5.8	5.0	15.0	72.5	
120	4.46	.777	0	5	6	38	71	(5) Beginn: glatt=5..1=problematisch
			0.0	4.2	5.0	31.7	59.2	
120	4.32	1.037	2	7	18	17	76	(6) Verlauf: glatt=5..1=problematisch
			1.7	5.8	15.0	14.2	63.3	
120	4.33	1.062	2	11	9	22	76	(7) Sprache des Patienten: spontan=5..1=gehemmt
			1.7	9.2	7.5	18.3	63.3	
120	3.99	1.126	2	17	13	36	52	(8) Patient redete : viel=5..1=wenig
			1.7	14.2	10.8	30.0	43.3	
120	3.42	1.220	9	19	33	31	28	(9) Patient unterbrach : selten=5..1=oft
			7.5	15.8	27.5	25.8	23.3	
120	3.93	1.002	2	10	22	46	40	(1o) Pat.ging auf Fragen ein: hinreichend=5..1= nicht
			1.7	8.3	18.3	38.3	33.3	
120	3.83	1.200	6	12	26	29	47	(11) Pat verhielt sich im Gespräch: aktiv=5..1=passiv
			5.0	10.0	21.7	24.2	39.2	
120	3.65	.976	1	14	37	42	26	(12) Das Gespräch war: tiefgehend=5..1=oberflächlich
			.8	11.7	30.8	35.0	21.7	
120	4.05	1.052	3	9	18	39	51	(13) Das Gespräch war: persönlich=5..1=distanziert
			2.5	7.5	15.0	32.5	42.5	
120	4.18	1.058	2	11	13	32	62	(14) Kontakt: gut=5..1=schlecht
			1.7	9.2	10.8	26.7	51.7	

ANZ.	MITTEL	STREUUNG	1	2	3	4	5	6	
120	2.69	1.419	29	39	10	24	18		(15) Stimmung:hypomanisch=5..1=depressiv
			24.2	32.5	8.3	20.0	15.0		
120	3.50	1.237	8	25	13	47	27		(16) Patient ist affektiv:durchlässig=5..1=verschlossen
			6.7	20.8	10.8	39.2	22.5		
120	3.64	1.269	5	27	14	34	40		(17) Patient ist psychomotorisch: lebhaft=5..1=starr
			4.2	22.5	11.7	28.3	33.3		
120	4.18	1.105	3	10	16	25	66		(18) Patient ist: angstfrei=5..1=ängstlich
			2.5	8.3	13.3	20.8	55.0		
120	4.28	1.094	3	10	11	22	74		(19) Patient ist: Mißtrauisch=5..1=offen
			2.5	8.3	9.2	18.3	61.7		
120	4.24	1.100	3	8	19	17	73		(20) Patient ist: gleichgültig=1..5=interessiert
			2.5	6.7	15.8	14.2	60.8		
120	3.47	1.603	10	32	31	1	31	15	(21) Gesprächstyp: 1=tiefgehendes Interview 2=teilnehmendes Gespräch 3=Diskussion 5=freundliche Unterhaltung,6=formelles G.
			8.3	26.7	25.8	.8	25.8	12.5	
120	2.91	1.328	24	22	32	25	17		Affektiver Charakter des Gesprächs: Pat. verhält sich:
			20.0	18.3	26.7	20.8	14.2		
120	4.20	1.339	8	14	7	8	83		(22) hilfsbereit,belehrend sehr=5..1=nicht
			6.7	11.7	5.8	6.7	69.2		
120	2.83	1.324	23	28	34	16	19		(23) hilfesuchend sehr=1..5=nicht
			19.2	23.3	28.3	13.3	15.8		
120	3.92	1.199	9	5	22	35	49		(24) unterwürfig,angepaßt sehr=5..1=nicht
			7.5	4.2	18.3	29.2	40.8		
120	4.42	1.149	6	7	7	11	89		(25) von gleich zu gleich sehr=5..1=nicht
			5.0	5.8	5.8	9.2	74.2		
119	4.79	.535	0	0	7	11	101		(26) aggressiv und anklagend sehr=1..5=nicht
			0.0	0.0	5.9	9.2	84.9		
120	2.20	1.424	56	25	12	13	14		(27) Angaben des Pat. sind vorsichtig zu behandeln: ja=1..5=nein
			46.7	20.8	10.0	10.8	11.7		
120	2.93	1.442	26	30	10	34	20		Schilderungen des Pat. sind geprägt von:
			21.7	25.0	8.3	28.3	16.7		(28) Kritik=5..1=Angepaßtheit
									(29) Emotionen=5..1=Distanz

ANZ.	MITTEL	STREUUNG	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
												Schilderungen des Pat. sind geprägt von:
120	2.78	1.189	16	39	33	19	13					(3o) Dramatisieren=5..1=Bagatellisieren
			13.3	32.5	27.5	15.8	10.8					
120	2.88	1.234	15	40	24	27	14					(31) Überwiegen äußerer=1..5=innerer Realitäten
			12.5	33.3	20.0	22.5	11.7					
120	2.92	1.254	18	30	31	26	15					(32) differenzierte=5..1=pauschale Sichtweise
			15.0	25.0	25.8	21.7	12.5					Patient spricht spontan über:
120	1.66	.983	71	31	8	8	2					(33) Medizinisches,Krankheit :sehr=1..5=nicht
			59.2	25.8	6.7	6.7	1.7					
120	3.09	1.534	29	19	13	30	29					(34)Krankenhaus(erlebnisse) :sehr=1..5=nicht
			24.2	15.8	10.8	25.0	24.2					
120	2.60	1.542	41	27	16	11	25					(35) sich selbst,Biographisches :sehr=1..5=nicht
			34.2	22.5	13.3	9.2	20.8					
120	2.31	1.419	47	31	18	6	18					(36) Familie,Beruf,soziale Bezüge :sehr=1..5=nicht
			39.2	25.8	15.0	5.0	15.0					
120	3.23	1.642	29	17	18	10	46					(37) persönliche Probleme :sehr=1..5=nicht
			24.2	14.2	15.0	8.3	38.3					
120	4.34	1.226	6	11	7	8	88					(38) stellt Fragen und will Beratung:sehr=1..5=nicht
			5.0	9.2	5.8	6.7	73.3					
120	2.75	1.039	18	29	38	35	0					(39) Patient erscheint in seiner Persönlichkeit: dekompensiert=1, sehr labil=2, kompensiert labil=3, ausgeglichen,stabil=4
			15.0	24.2	31.7	29.2	0.0					
120	2.83	1.120	17	25	48	24	5					(4o) Pat. hat sich im Krankenhaus:stabilisiert=5..1=labilisiert
			14.2	20.8	40.0	20.0	4.2					
120	3.13	1.447	21	27	16	28	28					(41) Pat sieht im/am/durchs Krankenhaus für sich Probleme: nein=5..1 =ja
			17.5	22.5	13.3	23.3	23.3					
120	6.48	2.704	10	10	3	8	0	10	21	23	35	(42) Hauptproblem: 1=Beruf,2=Familie 3=Überlastung,4=Soziale Lage 6=Alter,Einsamkeit,7=Krankheit 8=sonstige,9=keine besonderen
			8.3	8.3	2.5	6.7	0.0	8.3	17.5	19.2	29.2	
120	2.02	.935	41	45	26	7	1					(43) Psychische Betreeung nötig:1=nein,2=Anteilnahme 3=psychotherapeut.Intervention,4="große"Psychotherapie
			34.2	37.5	21.7	5.8	.8					
120	3.93	1.327	12	6	19	24	59					(44) Pat. ist zufrieden mit dem Krankenhausaufenthalt: voll=5..1=gar nicht
			10.0	5.0	15.8	20.0	49.2					

ANZ.	MITTEL	STREUUNG	1	2	3	4	5				
120	4.48	.926	2	6	6	24	82				(45) Pat. konnte sich anpassen:erfolgreich=5..1=gar nicht
			1.7	5.0	5.0	20.0	68.3				
120	2.08	1.342	62	19	16	14	9				(46) Pat.Haltung im Krankenhaus:aktiv=5..1= abwartend
			51.7	15.8	13.3	11.7	7.5				
120	3.23	2.024	23	34	25	8	5	15	5	5	(47) Grundhypothese: s. eigene Tabelle
			19.2	28.3	20.8	6.7	4.2	12.5	4.2	4.2	
120	2.75	1.701	45	21	8	11	35				(48) Dem Krankenhausaufenthalt ging Aufregendes voraus: nein=5..1=ja
			37.5	17.5	6.7	9.2	29.2				
120	3.32	1.545	22	20	19	16	43				(49) Pat. hatte bei der Aufnahme Angst:wenig=5..1=viel
			18.3	16.7	15.8	13.3	35.8				
120	3.53	1.414	12	24	16	24	44				(5o) Räumlichkeiten haben dem Pat.zugesagt:ja=5..1=nein
			10.0	20.0	13.3	20.0	36.7				
120	3.85	1.227	6	15	19	31	49				(51) D.Essen hat d, Pat. zugesagt:ja=5..1=nein
			5.0	12.5	15.8	25.8	40.8				
120	3.83	1.218	5	19	13	37	46				(52) Pat. erlebte die Visite: belastend=1..entspannend=5
			4.2	15.8	1o.3	3o.8	38.3				
120	3.72	1.298	10	16	14	38	42				(53) Pat. erlebte die Nächte: belastend=1..5=entspannend
			8.3	13.3	11.7	31.7	35.0				
											Anpassung an den Stationsalltag
120	3.75	1.063	0	20	26	38	36				(54) Pat. ist dazu: mitteilsam=5..1=verschlossen
			0.0	16.7	21.7	31.7	30.0				
120	2.43	1.128	26	46	25	17	6				(55) Pat. spricht darüber:emotional=5..1=distanziert
			21.7	38.3	20.8	14.2	5.0				
120	3.69	1.308	10	15	21	30	44				(56)Pat erlebt den Stationsalltag: aufregend,labilisierend=1..5=beruhigend,stabilisierend
			8.3	12.5	17.5	25.0	36.7				
120	4.11	1.180	5	10	17	23	65				(57) Pat. paßt sich an: bereitwillig=5..1=gezwungenermaßen
			4.2	8.3	14.2	19.2	54.2				
120	4.20	1.026	3	7	14	35	61				(58) Pat. erlebt sein Durchsetzungsvermögen:als: ausreichend=5..1=zu gering
			2.5	5.8	11.7	29.2	50.8				

ANZ.	MITTEL	STREUUNG	1	2	3	4	5	
120	4.55	1.091	6	5	5	5	99	(59) Es gab besondere Auseinandersetzungen: ja=1..5=nein
			5.0	4.2	4.2	4.2	82.5	
120	4.25	.989	1	9	14	31	65	(6o) Pat. erlebt den Kontakt zu den Schwestern: befriedigend=5..1=unbefriedigend
			.8	7.5	11.7	25.8	54.2	
120	4.18	1.097	4	8	15	29	64	(61) Pat. erlebt den Kontakt zu den Ärzten : befriedigend=5..1=unbefriedigend
			3.3	6.7	12.5	24.2	53.3	
120	4.14	1.102	3	9	20	24	64	(62) Pat. erlebt den Kontakt zu anderen Pat.: befriedigend=5..1=unbefriedigend
			2.5	7.5	16.7	20.0	53.3	
120	4.49	.860	0	7	8	24	81	Die Krankheit
			0.0	5.8	6.7	20.0	67.5	(63) Zu Fragen über seine Krankheit Ist der Pat.: mitteilsam=5..1=verschlossen
120	2.82	1.432	28	32	13	28	19	(64) Er redet darüber: distanziert=1..5=emotional
			23.3	26.7	10.8	23.3	15.8	
120	2.23	1.407	52	30	9	16	13	(65) Pat.beschäftigt sich viel mit sich und seiner Kr.: nein=5..1=ja
			43.3	25.0	7.5	13.3	10.8	
120	3.13	1.315	15	27	29	25	24	(66) Pat. dramatisiert=1..5=bagatellisiert seine Kr.
			12.5	22.5	24.2	20.8	20.0	
120	2.93	1.479	28	26	18	23	25	(67)Pat setzt sich mit seiner Kr. auseinander: aktiv=5..1=passiv
			23.3	21.7	15.0	19.2	20.8	
120	2.80	1.447	30	28	19	22	21	(68) Die Krankheit bedeutet einen Einschnitt in sein Leben: sehr=1..5=nicht
			25.0	23.3	15.8	18.3	17.5	
120	2.48	1.478	40	36	11	12	21	(69) Die Krankheit belastet ihn seelisch akut sehr: ja=1..5=nein
			33.3	30.0	9.2	10.0	17.5	
120	3.08	1.691	34	22	7	15	42	(7o) Pat. fürchtet auf längere Zeit durch seine Kr. soziale und emotionale Probleme :ja=1..5=nein
			28.3	18.3	5.8	12.5	35.0	
120	2.74	1.325	22	39	26	14	19	(71) Seine Krankheit macht ihm Angst:große=1..5=keine
			18.3	32.5	21.7	11.7	15.8	
120	4.15	1.186	5	12	10	26	67	Informationsstand über die Krankheit:
			4.2	10.0	8.3	21.7	55.8	(72) objektiv: ungenügend=1..5=ausreichend

FALL	MITTEL	STREUUNG	1	2	3	4	5	
120	4.38	.997	3	5	12	23	77	(73) Pat. fühlt sich ungenügend=1..5=ausreichend informiert
			2.5	4.2	10.0	19.2	64.2	
120	4.42	1.001	2	7	12	17	82	(74) Pat. konnte sich mit seinem Informationsbedürfnis durch - setzen: ja=5..1=nein
			1.7	5.8	10.0	14.2	68.3	
119	4.34	1.292	9	9	4	7	90	(75) Pat. wollte Erklärungen haben: ja=1..5=nein
			7.6	7.6	3.4	5.9	75.6	
								Die medizinischen Maßnahmen
115	3.22	1.241	11	26	24	35	19	(76) Belastungen dadurch gegenüber sieht sich der Pat.: robust=5..1=empfindlich
			9.6	22.6	20.9	30.4	16.5	
115	3.95	1.290	6	14	20	15	60	(77) Pat. konnte sich vorstellen, was geschehen wird: ja=5..1=nein
			5.2	12.2	17.4	13.0	52.2	
113	3.63	1.599	20	13	13	10	57	(78) Pat. hat an einzelne Eingriffe schreckliche Erinnerungen: nein=5..1=ja
			17.7	11.5	11.5	8.8	50.4	
110	3.51	1.531	14	25	9	15	47	(79) Er hatte vor/während der Eingriffe große Angst: nein=5..1=ja
			12.7	22.7	8.2	13.6	42.7	
115	3.85	1.352	7	19	15	17	57	(80) Er fühlte sich dabei alleingelassen=1..5=unterstützt
			6.1	16.5	13.0	14.8	49.6	
								Die Innenwelt des Patienten (Gedanken,Gefühle,Probleme)
116	3.56	1.410	12	23	10	30	41	(81) Er war zu Fragen über seine Innenwelt: mitteilsam=5..1=verschlossen
			10.3	19.8	8.6	25.9	35.3	
120	3.21	1.414	18	28	12	35	27	(82) er äußert sich dazu: distanziert=1..5=emotional
			15.0	23.3	10.0	29.2	22.5	
120	3.42	1.206	8	24	22	42	24	(83) Er akzeptiert seine Gefühle=5..1=wehrt sie ab
			6.7	20.0	18.3	35.0	20.0	
120	3.15	1.412	20	26	15	34	25	(84) Er äußert seine Gefühle=5..1=behält sie für sich
			16.7	21.7	12.5	28.3	20.8	
119	3.29	1.354	17	19	22	35	26	(85) Er erwartet Empathie und Verständnis: ja=5..1=nein
			14.3	16.0	18.5	29.4	21.8	
								Seine Gedanken kreisen hauptsächlich um: Sehr=1..5=nicht
120	2.02	1.243	60	24	15	16	5	(86) Krankheit
			50.0	20.0	12.5	13.3	4.2	
118	4.02	1.094	4	8	21	34	51	(87) Krankenhaus
			3.4	6.8	17.8	28.8	43.2	

								Seine Gedanken kreisen hauptsächlich um: sehr=1..5=nicht
119	1.96	1.324	65	23	14	5	12	(88) Zukunft
			54.6	19.3	11.8	4.2	10.1	
119	1.87	1.164	64	27	13	10	5	(89) Familie, persönliche Beziehungen
			53.8	22.7	10.9	8.4	4.2	
118	2.63	1.568	39	31	9	13	26	(9o) Beruf, soziales Umfeld und -Lage
			33.1	26.3	7.6	11.0	22.0	
119	2.78	1.558	37	20	22	12	28	(91) Sorgen und Probleme
			31.1	16.8	18.5	10.1	23.5	
114	3.27	1.465	18	16	37	3	40	(92) Anderes
			15.8	14.0	32.5	2.6	35.1	
113	2.49	1.396	37	3o	12	22	12	(93) Er empfindet viele=1..5=keine Probleme
			32.7	26.5	10.6	19.5	10.6	
								Er äußert sich über allgemeine oder persönliche Probleme: sehr=1..5=nicht
118	3.73	1.231	4	22	19	30	43	(94) verleugnend
			3.4	18.6	16.1	25.4	36.4	
120	2.87	1.561	33	25	17	15	30	(95) resignierend
			27.5	20.8	14.2	12.5	25.0	
120	4.29	1.266	9	6	11	9	85	(96) aggressiv
			7.5	5.0	9.2	7.5	70.8	
117	3.51	1.466	16	16	23	16	46	(97) dramatisierend
			13.7	13.7	19.7	13.7	39.3	
118	2.80	1.350	21	37	26	13	21	(98) bagatellisierend
			17.8	31.4	22.0	11.0	17.8	
119	2.31	1.184	37	33	31	12	5	(99) gefaßt, realistisch
			31.1	27.7	26.1	10.1	4.2	
119	3.12	1.451	21	26	19	24	29	(1oo) konstruktiv
			17.6	21.8	16.0	20.2	24.4	

			1	2	3	4	5	
119	2.29	1.531	56	21	14	7	21	Die Ursache für seine persönlichen Probleme sieht er in: sehr=1..5=nicht
			47.1	17.6	11.8	5.9	17.6	(1o1) Krankheit
118	4.12	1.302	9	8	15	14	72	
			7.6	6.8	12.7	11.9	61.0	(1o2) Krankenhaus
119	3.71	1.622	20	16	9	7	67	
			16.8	13.4	7.6	5.9	56.3	(1o3) Familiäre Situation
119	3.70	1.644	21	17	6	8	67	
			17.6	14.3	5.0	6.7	56.3	(1o4) Berufliche und soziale Situation
118	3.44	1.555	18	23	16	11	50	
			15.3	19.5	13.6	9.3	42.4	(1o5) sich selber, seinem Charakter
								Sein Leben außerhalb des Krankenhauses:
119	4.08	1.222	5	14	12	24	64	
			4.2	11.8	10.1	20.2	53.8	(1o6) Bei Fragen hierzu ist er: mitteilsam=5..1=verschlossen
118	3.85	1.129	5	11	22	39	41	
			4.2	9.3	18.6	33.1	34.7	(1o7) Er spricht davon: distanziert=1..5=emotional
119	4.70	.720	0	4	6	12	97	
			0.0	3.4	5.0	10.1	81.5	(1o8) Er hat den Kontakt mit der Außenwelt behalten: =5..1= der Kontakt ist unterbrochen
120	4.15	1.171	5	9	17	21	68	
			4.2	7.5	14.2	17.5	56.7	(1o9) Der Kontakt ist für ihn befriedigend und entspannend =5..1= unbefriedigend und belastend
120	4.81	.639	0	4	3	5	108	
			0.0	3.3	2.5	4.2	90.0	(11o) Innerlich steht er in Bezug zur Außenwelt: ja=5..1=nein
120	3.83	1.292	8	13	24	21	54	
			6.7	10.8	20.0	17.5	45.0	(111) Familiäre Situation: positiv=5..1=negativ
120	3.51	1.455	16	19	17	24	44	
			13.3	15.8	14.2	20.0	36.7	(112) Berufliche und soziale Situation: positiv=5..1=negativ
120	3.64	1.431	13	22	7	31	47	
			10.8	18.3	5.8	25.8	39.2	(113) Er fühlt sich in seinem sozialen Rahmen insgesamt: gesichert und geborgen =5..1=unsicher und gefährtdet
								Das Nachhausekommen
120	3.87	1.437	10	20	12	12	66	
			8.3	16.7	10.0	10.0	55.0	(114) Er freut sich darauf=5..1= ist ängstlich gespannt
119	4.03	1.324	5	22	6	18	68	
			4.2	18.5	5.0	15.1	57.1	(115) Er sieht die Resozialisation problemlos=5..1=problematis

119	3.10	1.520	19	37	13	13	37	(116) Er sieht seine Rehabilitation problemlos=5..1=problematisch
			16.0	31.1	10.9	10.9	31.1	
120	3.98	1.237	7	10	20	24	59	(117) Er meint, dieser Krankenhausaufenthalt habe seine Meinung zum Krankenhaus positiv=5..1=negativ beeinflußt
			5.8	8.3	16.7	20.0	49.2	
								Items, angelehnt an Bogen 4 und 5
119	3.66	1.475	18	10	17	23	51	(118) Das Eingewöhnen im Krankenhaus fiel ihm schwer: ja=1..5=nein
			15.1	8.4	14.3	19.3	42.9	
119	4.07	1.079	2	12	17	33	55	(119) Er konnte sich gut in den Tagesablauf einordnen ja=5..1=nein
			1.7	10.1	14.3	27.7	46.2	
119	4.35	1.022	2	8	12	21	76	(12o) Oft wußte der Pat. nicht, wie er sich verhalten sollte ja=1..5=nein
			1.7	6.7	10.1	17.6	63.9	
119	3.49	1.383	12	22	21	24	40	(121) D.Pat. fühlte sich sehr eingeschränkt: ja=1..5=nein
			10.1	18.5	17.6	20.2	33.6	
119	4.07	1.226	8	7	16	26	62	(122) D. Pat. fühlte sich bevormundet : ja=1..5=nein
			6.7	5.9	13.4	21.8	52.1	
119	3.81	1.323	9	13	24	19	54	(123) D. Pat. hat sich von Mitpat. zurückgezogen: ja=1..5=nein
			7.6	10.9	20.2	16.0	45.4	
119	4.26	1.211	6	10	8	19	75	(124) D.Pat meint, man habe für seine Bedürfnisse nicht genug Zeit aufbringen können: ja=1..5=nein
			5.0	8.4	6.7	16.0	63.0	
119	3.36	1.442	16	21	26	16	40	(125) D.Pat. schien das Bedürfnis nach mehr Gespräch zu haben ja=1..5=nein
			13.4	17.6	21.8	13.4	33.6	
119	3.97	1.112	2	14	21	31	51	(126) D.Pat stellt sich als sehr anspruchslos dar: ja=5..1=nein
			1.7	11.8	17.6	26.1	42.9	
120	3.53	1.334	12	16	28	25	39	(127) D.Pat hat sich im Krankenhaus wohlgefühlt: ja=5..1=nein
			10.0	13.3	23.3	20.8	32.5	
120	4.40	.956	3	4	10	28	75	(128) D. Pat war oft ganz hilflos: ja=1..5=nein
			2.5	3.3	8.3	23.3	62.5	
120	3.56	1.201	7	20	22	41	30	(129) D. Pat fühlte sich ganz geborgen: ja=5..1=nein
			5.8	16.7	18.3	34.2	25.0	
120	3.50	1.414	17	15	17	33	38	(13o) D. Pat hat unter der Situation ziemlich gelitten: ja=1..5=nein
			14.2	12.5	14.2	27.5	31.7	

ANZ.	MITTEL	STREUUNG	1	2	3	4	5	
119	3.89	1.199	3 2.5	16 13.4	26 21.8	20 16.8	54 45.4	(131) D. Pat hat sehr auf Krankheitssymptome geachtet: ja=5..1=nein
119	4.09	1.135	5 4.2	6 5.0	23 19.3	24 20.2	61 51.3	(132) D. Pat. hat sich sehr um Information bemüht: ja=5..1=nein
120	3.46	1.460	17 14.2	18 15.0	21 17.5	21 17.5	43 35.8	(133) Die med. Maßnahmen haben ihn sehr belastet: ja=1..5=nein
120	4.77	.730	1 .8	4 3.3	3 2.5	6 5.0	106 88.3	(134) Er hat versucht, alles klaglos auszuhalten: ja=5..1=nein
120	4.85	.529	1 .8	0 0.0	3 2.5	8 6.7	108 90.0	(135) Er hat sich bemüht, z.glatten Ablauf d.med.M. beizutragen ja=5..1=nein
								Dominierende Gefühlsregungen dürften für d.Pat.gewesen sein:
120	3.16	1.264	11 9.2	34 28.3	20 16.7	35 29.2	20 16.7	(136) Entspanntheit sehr=5..1=nicht
120	3.78	1.278	6 5.0	19 15.8	20 16.7	25 20.8	50 41.7	(137) Einsamkeit sehr=1..5=nicht
120	3.51	1.237	8 6.7	18 15.0	33 27.5	27 22.5	34 28.3	(138) Angst sehr=1..5=nicht
120	3.06	1.451	23 19.2	26 21.7	19 15.8	25 20.8	27 22.5	(139) Nervosität sehr=1..5=nicht
120	3.08	1.213	9 7.5	38 31.7	25 20.8	30 25.0	18 15.0	(14o) Ausgeglichenheit sehr=5..1=nicht
120	2.87	1.461	27 22.5	31 25.8	17 14.2	21 17.5	24 20.0	(141) Depressivität sehr=1..5=nicht
120	4.19	1.225	7 5.8	8 6.7	14 11.7	17 14.2	74 61.7	(142) Ärger sehr=1..5=nicht
120	3.73	1.282	5 4.2	24 20.0	16 13.3	28 23.3	47 39.2	(143) Langeweile sehr=1..5=nicht
20	4.67	.929	3 2.5	6 5.0	2 1.7	6 5.0	103 85.8	(144) Kränkung sehr=1..5=nicht
120	3.71	1.191	6 5.0	14 11.7	29 24.2	31 25.8	40 33.3	(145) Zuversicht sehr=5..1=nicht

3. Korrelationen der Skalen der Fragebogen untereinander:
(Bogen GTS, GTF, 3a, 3b, 4, 5, (6), 7a, 7b, 7c)

Die auf dem Ausdruck angegebenen Variablennummern gehören zu den Skalen wie folgt:

Variable 1:	Bogen 3 a	Skala 1
2		2
3	3 b	1
4		2
5	4	1
6		2
7		4
8		3
9	5	1
1o		2
11		3
12		4
(13-16)	(6)	
17	7 a	1
18		2
19		3
2o		4
21		5
22	7 b	1
23		2
24		3
25		4
26		5
27		6
28	7 c	1
29		2
3o		3
31	GTS	1
32		2
33		3

Variable	34	GTS	Skala 4
	35		5
	36		6
	37	GTF	1
	38		2
	39		3
	40		4
	41		5
	42		6
	43	Alter	
	44	Geschlecht	
	45	Schicht	
	46	Krankheit	

5

M I T T E L W E R T E

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.0608E+01 (N = 120)	5.4417E+00 (N = 120)	2.4717E+01 (N = 120)	1.7233E+01 (N = 120)	2.4850E+01 (N = 120)	1.5417E+01 (N = 120)	1.2850E+01 (N = 120)	1.8508E+01 (N = 120)	3.1458E+01 (N = 120)	1.6425E+01 (N = 120)
1.2300E+01 (N = 120)	1.2017E+01 (N = 120)	3.2142E+01 (N = 120)	1.3567E+01 (N = 120)	1.7158E+01 (N = 120)	2.2417E+01 (N = 120)	6.1133E+01 (N = 120)	4.2433E+01 (N = 120)	2.3925E+01 (N = 120)	1.7700E+01 (N = 120)
1.4292E+01 (N = 120)	3.2892E+01 (N = 120)	2.7967E+01 (N = 120)	5.3083E+01 (N = 120)	2.7933E+01 (N = 120)	1.7158E+01 (N = 120)	2.0933E+01 (N = 120)	3.6925E+01 (N = 120)	1.3967E+01 (N = 120)	5.8500E+00 (N = 120)
4.5350E+01 (N = 120)	4.7525E+01 (N = 120)	4.7242E+01 (N = 120)	5.3283E+01 (N = 120)	4.9592E+01 (N = 120)	5.0600E+01 (N = 120)	3.6142E+01 (N = 120)	3.8067E+01 (N = 120)	5.1583E+01 (N = 120)	5.2175E+01 (N = 120)
4.5700E+01 (N = 120)	4.3017E+01 (N = 120)	2.9167E+00 (N = 120)	1.5500E+00 (N = 120)	3.3417E+00 (N = 120)	3.1083E+00 (N = 120)	1.7417E+00 (N = 120)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

S T A N D A R D A B W E I C H U N G E N

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.2437E+00	2.4488E+00	6.7493E+00	3.7699E+00	1.2194E+01	6.1949E+00	5.4752E+00	4.6152E+00	2.1445E+01	1.0657E+01
(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)
7.9063E+00	8.1384E+00	7.2793E+00	3.6142E+00	3.8514E+00	3.1900E+00	1.3278E+01	1.5594E+01	6.4758E+00	7.8863E+00
(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)
5.2080E+00	1.1504E+01	1.0835E+01	1.6381E+01	1.5810E+01	3.8384E+00	8.9868E+00	1.1984E+01	6.3952E+00	2.3897E+00
(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)
7.8088E+00	8.7892E+00	8.5907E+00	8.2008E+00	6.8866E+00	7.9293E+00	1.1463E+01	1.1841E+01	7.7842E+00	8.6513E+00
(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)
8.3990E+00	1.1297E+01	1.0999E+00	5.4544E-01	1.4634E+00	1.7739E+00	7.2452E-01			
(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)	(N = 120)			

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

V A R I A N Z E N

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.0522E+01 (N = 120)	5.9966E+00 (N = 120)	4.5553E+01 (N = 120)	1.4212E+01 (N = 120)	1.4869E+02 (N = 120)	3.8376E+01 (N = 120)	2.9978E+01 (N = 120)	2.1300E+01 (N = 120)	4.5990E+02 (N = 120)	1.1358E+02 (N = 120)
6.2510E+01 (N = 120)	6.6233E+01 (N = 120)	5.2988E+01 (N = 120)	1.3062E+01 (N = 120)	1.4833E+01 (N = 120)	1.0176E+01 (N = 120)	1.7632E+02 (N = 120)	2.4316E+02 (N = 120)	4.1936E+01 (N = 120)	6.2193E+01 (N = 120)
2.7123E+01 (N = 120)	1.3235E+02 (N = 120)	1.1740E+02 (N = 120)	2.6833E+02 (N = 120)	2.4995E+02 (N = 120)	1.4733E+01 (N = 120)	8.0762E+01 (N = 120)	1.4362E+02 (N = 120)	4.0899E+01 (N = 120)	5.7108E+00 (N = 120)
6.0978E+01 (N = 120)	7.7249E+01 (N = 120)	7.3800E+01 (N = 120)	6.7253E+01 (N = 120)	4.7425E+01 (N = 120)	6.2873E+01 (N = 120)	1.3140E+02 (N = 120)	1.4021E+02 (N = 120)	6.0593E+01 (N = 120)	7.4844E+01 (N = 120)
7.0543E+01 (N = 120)	1.2762E+02 (N = 120)	1.2097E+00 (N = 120)	2.9750E-01 (N = 120)	2.1416E+00 (N = 120)	3.1466E+00 (N = 120)	5.2493E-01 (N = 120)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	1.0000										1
	(120)										
2	-.0202	1.0000									2
	(120)	(120)									
3	.0650	.0610	1.0000								3
	(120)	(120)	(120)								
4	-.1275	.1215	.4654**	1.0000							4
	(120)	(120)	(120)	(120)							
5	-.1165	.3290**	.0564	-.0232	1.0000						5
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)						
6	-.0093	.2060*	.0598	.1157	.3896**	1.0000					6
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)					
7	.0225	.4686**	.1055	.0364	.4505**	.5510**	1.0000				7
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)				
8	.2143*	.0981	.2047*	.0784	.2107*	-.0342	.2134*	1.0000			8
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)			
9	-.0378	.0317	-.0787	.1087	.0214	.0099	-.1045	-.0997	1.0000		9
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)		
10	-.1126	.1940*	-.0346	.1417	.1391	.0847	.0569	-.0525	.6816**	1.0000	10
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
11	-.1078	.1636	-.0370	.0880	.1164	.0458	-.0022	.0433	.7043**	.8098**	11
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
12	-.0995	.0017	-.0783	.1175	.0586	.0066	-.1526	-.0788	.8748**	.7628**	12
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
13	-.0584	.2008*	.0860	.0692	.3270**	.1044	.1864*	.0192	-.1033	-.0064	13
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
14	-.1296	.1996*	-.0156	.0833	.0568	-.0102	.0342	-.0992	.0375	.0861	14
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
15	.0036	-.1311	.2140*	.1760	-.0868	-.0468	-.2976**	.0372	-.0280	-.0295	15
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
16	-.0060	-.1356	-.0665	.1672	-.0295	.0119	-.1572	.0615	.1014	-.0280	16
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
17	.1099	-.1051	.0394	-.1558	-.0194	.0840	-.0593	.0672	-.0547	-.1973*	17
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
18	.0933	.0338	.0290	-.0308	-.0902	-.1120	.0163	-.0061	-.0901	-.0450	18
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
19	.1283	-.2123*	-.0657	.0004	-.2255*	-.0794	-.3134**	-.0567	.1920*	-.0295	19
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
20	-.1372	-.0699	-.1222	.1145	-.0490	-.1052	-.0653	-.1048	-.0503	-.0195	20
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1											1
2											2
3											3
4											4
5											5
6											6
7											7
8											8
9											9
10											10
11	1.0000										11
	(120)										
12	.7293**	1.0000									12
	(120)	(120)									
13	.1096	-.0424	1.0000								13
	(120)	(120)	(120)								
14	.1766	.0733	.2513**	1.0000							14
	(120)	(120)	(120)	(120)							
15	-.0421	.1097	-.0085	.0420	1.0000						15
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)						
16	.0671	.1217	-.0578	-.0667	.1065	1.0000					16
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)					
17	-.1333	-.0515	-.1335	-.0021	-.0706	.1761	1.0000				17
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)				
18	-.1059	-.0842	.0302	.0004	.0982	-.0636	.0068	1.0000			18
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)			
19	-.0136	.1525	-.2117*	.0346	.1074	.1951*	.4580**	-.1073	1.0000		19
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)		
20	.0426	-.0607	-.0959	-.2209*	.0268	.0918	-.3707**	.0746	-.3356**	1.0000	20
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
21	.2480**	.0154	-.0131	-.1448	.0231	.2395**	.0448	.0028	.1211	-.0260	21
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
22	-.0487	-.2264*	.0187	.1134	-.1699	-.0579	-.2856**	-.0575	-.0215	-.1274	22
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
23	-.0058	.0335	.1062	-.1028	.1363	.1196	.0276	.0185	.0861	-.0927	23
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
24	.0688	-.1432	.0311	-.0760	-.1234	-.2507**	-.1984*	.0463	-.0336	-.2312*	24
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
25	.0554	-.2857**	.0467	-.0041	-.2844**	-.0914	-.3324**	-.1408	.0640	-.0706	25
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
26	.1616	-.3275**	-.0073	-.1506	-.2058*	-.1275	-.2443**	.2133*	-.1301	-.2107*	26
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
27	.2901**	-.2202*	-.0418	-.1921*	-.1577	.1385	-.0615	.1003	.0033	-.0982	27
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
28	.1772	-.2996**	.0035	.0222	-.4217**	-.3276**	-.4965**	-.0923	.0382	-.2095*	28
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
29	-.0356	.1813*	.0090	.0874	.1614	.3108**	.1584	-.0796	.0467	.2028*	29
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
30	-.3086**	.1580	.1405	.1463	.2537**	.3397**	.2371**	-.2114*	.0844	.2456**	30
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
31	.0814	.0115	.0925	-.0101	-.0310	-.0428	-.0438	-.0003	.0987	.0871	31
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
32	.1814*	-.0297	.0934	-.0392	.0302	-.0776	-.1229	-.0731	.2010*	.1449	32
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
33	.1006	.0349	.0278	-.0182	-.0203	-.1752	-.0107	-.0020	.0413	.0278	33
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
34	-.0228	.1178	.0749	.1316	.3182**	.2388**	.2545**	-.0732	.1362	.1621	34
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
35	-.2855**	.1164	-.1043	.0637	.0498	.0876	.1144	-.0873	-.1370	-.0555	35
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
36	-.2556**	.0881	-.0699	.1024	.0726	.0143	.0278	-.0956	-.1409	-.0389	36
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
37	.0179	.1216	.1975*	.1092	.0593	.1103	.0229	-.0103	.1088	.1829*	37
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
38	.1007	-.0157	.0142	.0390	-.0733	.0337	-.0495	-.0406	.0783	.1116	38
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
39	.0569	-.0472	-.0984	.0189	-.0083	-.1951*	-.1137	.0412	-.0682	-.1655	39
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
40	.0523	-.0804	-.1166	.0003	-.1223	-.0996	-.0765	.1048	.0437	.0552	40
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
21	.0456	.0595	.0490	-.1788	-.1365	.1025	.5497**	-.0613	.3760**	-.2706**	21
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
22	-.1171	.0382	-.1126	-.1484	.4238**	.1992*	.2085*	.2289*	.2882**	.1465	22
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
23	-.0094	.0342	-.0209	.1492	-.1536	.0747	.5060**	-.1447	.2284*	-.2815**	23
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
24	-.2262*	-.0485	-.0304	-.1103	.1526	-.1029	.0574	.3357**	.0455	.0501	24
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
25	-.1026	.0768	-.2961**	-.1911*	.2493**	.1367	.2194*	.5611**	.3910**	.0407	25
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
26	-.1748	-.1087	-.1064	-.2504**	.1657	.1933*	.2865**	.2364**	.2244*	-.0590	26
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
27	-.0560	.0582	-.0004	-.1990*	-.0117	.0626	.3641**	.2448**	.2171*	-.1660	27
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
28	-.1852*	.0065	-.2988**	-.1318	.3836**	.1303	.2072*	.3254**	.4755**	.1343	28
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
29	.0928	.0812	.1055	-.0908	-.0624	.1628	-.0675	-.3675**	-.0331	-.0549	29
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
30	.0990	.1441	.2154*	.0967	.0669	-.0377	-.2507**	-.1235	-.3174**	-.0192	30
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
31	.0771	.0517	.0145	-.0487	-.0204	.0433	.0803	.0335	.1203	.0680	31
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
32	.0772	.2587**	.0152	.0591	.0694	.0644	.1236	-.0271	.0326	-.1234	32
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
33	-.0008	.0674	.1768	.0259	.1205	.0264	.1330	.0656	.1232	.0100	33
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
34	.1221	.0933	.0934	.0219	-.2209*	.0452	-.0455	-.0443	-.1469	-.0091	34
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
35	-.0741	-.0788	.1848*	.0083	.0078	-.0639	-.0742	-.0825	-.1001	-.0718	35
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
36	-.0695	-.0785	.0872	.1289	.0940	-.1295	-.2588**	-.0985	-.2409**	.0393	36
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
37	.1674	.0957	-.0292	.0168	.0620	-.0059	-.1161	.0186	-.1330	-.0963	37
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
38	.0843	.1083	-.0866	-.1450	.1502	.0176	-.0927	.1090	-.0889	.0713	38
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
39	-.1300	-.0864	-.0140	-.0011	-.0289	.0845	.1417	-.0177	-.0818	.1180	39
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
40	.0554	.0835	-.2260*	-.0978	.0629	-.0268	-.0424	-.0900	-.0707	.0698	40
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
21	1.0000 (120)										21
22	.0802 (120)	1.0000 (120)									22
23	.3635** (120)	.0153 (120)	1.0000 (120)								23
24	-.0034 (120)	.3058** (120)	.1327 (120)	1.0000 (120)							24
25	.0146 (120)	.5109** (120)	-.0525 (120)	.3064** (120)	1.0000 (120)						25
26	.2941** (120)	.2889** (120)	-.0448 (120)	.2642** (120)	.3321** (120)	1.0000 (120)					26
27	.4188** (120)	.1779 (120)	.1339 (120)	.2710** (120)	.3064** (120)	.3687** (120)	1.0000 (120)				27
28	.0210 (120)	.5312** (120)	-.0351 (120)	.4394** (120)	.5886** (120)	.4041** (120)	.2021* (120)	1.0000 (120)			28
29	.1892* (120)	-.1607 (120)	-.0588 (120)	-.4927** (120)	-.2184* (120)	-.2955** (120)	-.1433 (120)	-.4732** (120)	1.0000 (120)		29
30	-.2657** (120)	-.1752 (120)	-.1003 (120)	-.2820** (120)	-.1966* (120)	-.3599** (120)	-.2942** (120)	-.3897** (120)	.3377** (120)	1.0000 (120)	30
31	.2770** (120)	.0165 (120)	.0626 (120)	.0017 (120)	.0692 (120)	.0977 (120)	.1359 (120)	.0355 (120)	-.0512 (120)	-.1990* (120)	31
32	.1297 (120)	-.0041 (120)	.1818* (120)	.0443 (120)	.0016 (120)	-.0815 (120)	.1035 (120)	-.0415 (120)	.0532 (120)	.0470 (120)	32
33	.1303 (120)	.1068 (120)	.0791 (120)	.0113 (120)	.1263 (120)	.0345 (120)	.0494 (120)	.0485 (120)	-.0097 (120)	-.0948 (120)	33
34	.1052 (120)	-.2860** (120)	.1103 (120)	-.1800* (120)	-.1463 (120)	-.1584 (120)	.0295 (120)	-.3435** (120)	.0904 (120)	.1331 (120)	34
35	-.0613 (120)	-.1447 (120)	-.0607 (120)	-.2136* (120)	-.1761 (120)	-.1517 (120)	-.1578 (120)	-.2977** (120)	.2126* (120)	.2135* (120)	35
36	-.2995** (120)	-.1284 (120)	-.0729 (120)	-.1111 (120)	-.2863** (120)	-.2222* (120)	-.3002** (120)	-.2275* (120)	.0888 (120)	.3465** (120)	36
37	-.1133 (120)	-.0766 (120)	-.0793 (120)	-.1723 (120)	-.0002 (120)	-.2092* (120)	-.0084 (120)	-.1006 (120)	.1031 (120)	.1699 (120)	37
38	-.0532 (120)	.0319 (120)	-.2221* (120)	.0062 (120)	.0873 (120)	-.0886 (120)	-.0115 (120)	.0550 (120)	.0289 (120)	.0613 (120)	38
39	-.0698 (120)	.0964 (120)	.1258 (120)	.2050* (120)	-.0350 (120)	.1537 (120)	-.1541 (120)	.1966* (120)	-.1868* (120)	-.1593 (120)	39
40	-.1032 (120)	.0234 (120)	-.0164 (120)	-.0791 (120)	-.0039 (120)	-.0530 (120)	-.1090 (120)	.1207 (120)	-.0223 (120)	-.0890 (120)	40

21 22 23 24 25 26 27 28 30

	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	
21											21
22											22
23											23
24											24
25											25
26											26
27											27
28											28
29											29
30											30
31	1.0000 (120)										31
32	.4689** (120)	1.0000 (120)									32
33	.4638** (120)	.4435** (120)	1.0000 (120)								33
34	.1927* (120)	.1623 (120)	.0119 (120)	1.0000 (120)							34
35	-.2780** (120)	-.1628 (120)	-.1213 (120)	.1500 (120)	1.0000 (120)						35
36	-.4805** (120)	-.1899* (120)	-.3189** (120)	-.0230 (120)	.6487** (120)	1.0000 (120)					36
37	-.0569 (120)	-.0058 (120)	-.2205* (120)	.0198 (120)	.0738 (120)	.0540 (120)	1.0000 (120)				37
38	-.0898 (120)	-.0364 (120)	-.1157 (120)	-.0780 (120)	-.0002 (120)	.0335 (120)	.4105** (120)	1.0000 (120)			38
39	-.1151 (120)	.0400 (120)	.1348 (120)	-.0526 (120)	-.1202 (120)	.0321 (120)	-.4315** (120)	-.2051* (120)	1.0000 (120)		39
40	-.1236 (120)	-.0119 (120)	-.1309 (120)	-.0732 (120)	.1316 (120)	.0509 (120)	.3517** (120)	.4583** (120)	.1052 (120)	1.0000 (120)	40
	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
41	-.0630	.1081	.0017	-.0510	.0447	.0892	.0126	-.0137	.1118	.1215	41
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
42	.1050	.1136	.0466	.0508	-.0360	.0273	-.0359	.0310	.1341	.2086*	42
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
43	-.2544**	.0725	.0417	.1032	-.0152	-.2199*	-.0948	-.1099	.0161	.0016	43
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
44	-.1043	.1301	-.0278	-.1475	.1126	.0086	.0806	-.1375	.1480	.1834*	44
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
45	.0721	-.0840	-.1058	-.1761	.0141	-.1260	-.1257	.0483	-.0286	-.1231	45
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
46	-.0448	.1194	-.1944*	-.1546	.1248	.0641	.3294**	-.0647	-.0127	-.0143	46
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
47	-.0750	-.0390	-.0337	-.1701	.0975	-.0447	.0343	.0567	-.4182**	-.4229**	47
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
41	.1305	.1115	-.0758	.0751	.0344	.0454	-.0110	.0307	.0347	-.0872	41
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
42	.2035*	.1848*	-.0192	.0445	.1710	.0012	-.1278	.0749	-.0179	-.1052	42
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
43	.0565	.0690	.0160	.4144**	.2116*	-.2347**	-.0945	.1134	-.1050	.0192	43
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
44	.1260	.1369	-.1036	.2012*	-.0851	-.1652	-.1321	.1366	-.1393	-.0333	44
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
45	.0351	-.0725	-.0124	-.3108**	-.0628	-.0555	.2563**	-.0335	.0660	.0847	45
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
46	.0405	-.1196	.0530	.0450	-.8771**	-.1111	.0348	-.1343	-.2380**	.0232	46
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
47	-.4229**	-.3851**	.0006	.1418	.0206	-.0760	.0625	.1958*	-.0983	-.0048	47
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
41	-.0428	-.0843	-.0541	-.1496	.0484	-.0831	.0199	-.1077	.0690	.0829	41
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
42	-.0337	-.1010	-.1598	-.1093	.0377	-.0539	.0932	-.0745	.1220	.0217	42
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
43	-.3362**	.0250	-.0995	.0476	-.0535	-.1311	-.2021*	.0495	-.2385**	.2235*	43
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
44	-.1562	-.2017*	.1441	.1040	.0332	-.2088*	-.0894	.0025	-.1859*	.0953	44
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
45	.3040**	.1141	-.0350	.0871	.0377	.2426**	.2248*	.1126	.0377	-.2498**	45
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
46	.0561	-.3751**	.1194	-.2042*	-.3438**	-.2143*	-.0659	-.4379**	.1046	-.0787	46
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
47	-.1523	.0116	-.0043	.1170	.0451	.1316	.0166	.0985	-.1314	-.0513	47
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	

	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	
41	-.1397	.0179	-.0794	-.0492	-.0184	.0301	.4016**	.4538**	-.2955**	.2248*	41
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
42	-.1236	.0274	-.1119	-.0387	.1273	.1097	.6177**	.5549**	-.4618**	.3072**	42
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
43	-.1383	-.0274	.0498	-.1794*	.0670	.2876**	-.0731	-.0405	.0446	-.0554	43
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
44	.0233	.2440**	.0517	.1701	.0021	.0239	.0982	.0446	-.0108	.0944	44
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
45	.0034	-.0774	.0359	-.0414	-.0672	-.1757	-.0809	.0280	.1573	-.0528	45
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
46	-.0130	-.0400	-.1505	.1955*	-.0257	-.0692	-.1057	-.1813*	.0684	-.0735	46
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
47	-.1711	-.1318	-.0690	-.0788	.0791	.1300	-.1020	-.1388	.0430	-.0686	47
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	
	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	

	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	
41	1.0000										41
	(120)										
42	.6617**	1.0000									42
	(120)	(120)									
43	-.0153	-.0455	1.0000								43
	(120)	(120)	(120)								
44	.1161	.1608	.2014*	1.0000							44
	(120)	(120)	(120)	(120)							
45	-.0906	-.0598	-.0030	-.1101	1.0000						45
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)						
46	-.0359	-.2009*	-.1192	.1107	.0692	1.0000					46
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)					
47	.0119	-.1532	.1926*	.0432	.1068	.0347	1.0000				47
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)				
	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	

4. Selbstbild-Fremdbilvergleich :Bogen 4 und 5 : Mittelwerte der Häufigkeitsauszählung

	Bogen 4 Patient selbst	Bogen5 Personal über Pat.	Differenz Miwe4-Miwe5
(1)Das Eingewöhnen im Krankenhaus fiel mir ziemlich schwer.	2.4o	2.57	-o.17
(2)Meistens war ich ganz entspannt.	3.o9	2.89	o.2o
(3)Oft wußte ich nicht, wie ich mich im Krankenhaus verhalten sollte.	2.23	2.51	-o.28
(4)Öfter fühlte ich mich hier einsam.	2.28	2.64	-o.36
(5)Ich konnte mich sehr gut in den Tagesablauf einordnen.	4.36	4.32	o.o4
(6)Alles in allem habe ich unter der Situation ziemlich gelitten.	2.31	2.83	-o.52
(7)Auf meine Krankheitssymptome und deren Veränderungen habe ich sehr geachtet.	4.38	3.66	o.72
(8)Ich fühlte mich ganz geborgen.	3.75	3,24	o.51
(9)Häufig hatte ich Angst.	2.16	2.76	-o.6o
(10)Ich glaube, meine Krankheit hängt auch stark mit seelischen Dingen zusammen.	2.55	2.87	-o.33
(11)Insgesamt haben mich meine Krankheit und die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen besonders belastet.	3.o8	2.93	o.15
(12)Manchmal war ich ganz hilflos.	2.o5	2.51	-o.46
(13)Über meine Krankheit und die nötigen Folgen wußte ich sehr gut Bescheid.	3.71	3.o6	-o.65
(14)Im Krankenhaus habe ich mich gar nicht wohl gefühlt.	2.18	2.39	-o.21
(15)Über meinen Gesundheitszustand habe ich mir besonders viele Gedanken gemacht.	4.o5	3.5o	o.55
(16)Ich habe mich sehr bemüht, zum glatten Ablauf der nötigen medizinischen Maßnahmen beizutragen.	4.64	4.43	-o.21
(17)Ich habe mich angestrengt,alle Belastungen ohne Klagen auszuhalten.	4.47	4.18	o.29

	Bogen 4	Bogen 5	Diff.
(18) Ich habe mich vor anderen Patienten eher zurückgezogen	2.06	2.19	-0.13
(19) Ich war die ganze Zeit ziemlich nervös.	2.76	2.64	0.12
(20) Ich glaube, alles in allem war ich recht schwer krank.	3.22	2.79	0.43
(21) Ich habe mich um Informationen über meine Krankheit und die nötigen Folgen besonders bemüht.	4.06	3.27	0.79
(22) Oft hatte ich das Bedürfnis nach mehr Gespräch.	2.98	3.50	-0.52
(23) Ich hatte insgesamt große Sorgen.	2.91	2.79	0.12
(24) Ich denke, das Eingewöhnen zu Hause wird mir nicht leicht fallen.	2.39	2.32	0.06
(25) Im Ganzen fühlte ich mich in meiner Stimmung ausgeglichen.	3.46	3.36	0.10
(26) Ich war oft sehr niedergeschlagen.	2.85	2.58	0.27
(27) Eigentlich hat man für meine Bedürfnisse nicht genug Zeit aufbringen können.	2.32	2.82	-0.50
(28) Im Ganzen werde ich wohl gute Erinnerungen an diesen Krankenhausaufenthalt behalten	4.01	3.67	0.34
(29) Ich glaube, die Schwestern konnten sich manchmal gar nicht vorstellen, was in mir vorging.	3.22	2.98	0.24
(30) Manchmal habe ich mich geärgert.	1.97	2.52	-0.55
(31) Ich habe versucht, die Schwestern möglichst wenig zu beanspruchen.	4.35	4.01	0.34
(32) Man ist hier sehr auf mich eingegangen.	3.69	2.66	1.03
(33) Ich habe mich bemüht, für das Personal ein angenehmer Patient zu sein.	4.70	4.08	0.62

Anm: Ein negatives Vorzeichen der Mittelwertdifferenz bedeutet, daß das Personal die jeweilige Aussage stärker [illegible] als der Patient, ein positives Vorzeichen, daß es sie weniger bejaht als der Patient

5. Selbstbild-Fremdbild-Vergleich:

Korrelationen zwischen Skalendifferenzwerten, GTS, GTF und den Skalen von Bogen 7 a: Gesprächsverhalten

Die auf dem Ausdruck angegebenen Variablennummern gehören zu den Skalen wie folgt:

Variable 1 :	Differenzskala 1
2	2
3	4
4	3
5	Differenz der Skalensumme
6	Summe der Skalendifferenzen (SD)
7	Bogen 7 a Skala 1
8	2
9	3
1o	4
11	5
(12-15:	Skalen aus Bogen 6)
16	GTS 1
17	GTS 2
18	GTS 3
19	GTS 4
2o	GTS 5
21	GTS 6
22	GTF 1
23	GTF 2
24	GTF 3
25	GTF 4
26	GTF 5
27	GTF 6
28	Alter
29	Geschlecht
3o	Schicht
31	Krankheit

M I T T E L W E R T E

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.3157E+01	5.3258E+01	5.0273E+01	4.3545E+01	5.3409E+01	2.1924E+01	6.0985E+01	4.5615E+01	2.3303E+01	1.8563E+01
(N = 66)	(N = 66)	(N = 66)	(N = 66)	(N = 66)	(N = 66)	(N = 65)	(N = 65)	(N = 66)	(N = 64)
2.6253E+01	3.3719E+01	1.4375E+01	1.7091E+01	2.2470E+01	4.4348E+01	4.7212E+01	4.6409E+01	5.4106E+01	4.8833E+01
(N = 66)	(N = 64)	(N = 64)	(N = 66)	(N = 66)	(N = 66)	(N = 66)	(N = 66)	(N = 66)	(N = 66)
5.1212E+01	3.7061E+01	3.9000E+01	5.1242E+01	5.2485E+01	4.6561E+01	4.4197E+01	3.0303E+00	1.6515E+00	3.3030E+00
(N = 65)	(N = 66)	(N = 66)	(N = 66)	(N = 66)	(N = 66)	(N = 66)	(N = 66)	(N = 66)	(N = 66)
3.1667E+00									
(N = 66)									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

STANDARDABWEICHUNGEN

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.0345E+01 (N = 66)	7.5404E+00 (N = 66)	5.4371E+00 (N = 66)	4.4182E+00 (N = 66)	1.9555E+01 (N = 66)	1.2047E+01 (N = 66)	1.1779E+01 (N = 65)	9.5252E+00 (N = 65)	6.2667E+00 (N = 66)	7.4747E+00 (N = 64)
7.6094E+01 (N = 66)	4.2000E+00 (N = 64)	2.9974E+00 (N = 64)	3.6793E+00 (N = 66)	3.2947E+00 (N = 66)	7.5388E+00 (N = 66)	9.0663E+00 (N = 66)	8.1072E+00 (N = 66)	7.9413E+00 (N = 66)	9.0446E+00 (N = 65)
7.9057E+00 (N = 66)	1.1153E+01 (N = 55)	1.1526E+01 (N = 66)	6.4101E+00 (N = 66)	9.7806E+00 (N = 66)	9.1373E+00 (N = 66)	1.0065E+01 (N = 55)	9.9954E-01 (N = 66)	5.6387E-01 (N = 66)	1.4973E+00 (N = 66)
1.7103E+00 (N = 66)									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

V A R I A N Z E N

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.0702E+02 (N = 66)	5.6858E+01 (N = 66)	2.9562E+01 (N = 66)	1.9521E+01 (N = 66)	3.8239E+02 (N = 66)	1.4513E+02 (N = 66)	1.4349E+02 (N = 65)	9.0729E+01 (N = 65)	3.9272E+01 (N = 66)	5.[illegible]871E+01 (N = 64)
9.2322E+03 (N = 65)	1.7640E+01 (N = 64)	8.9844E+00 (N = 64)	1.3537E+01 (N = 65)	1.0855E+01 (N = 66)	5.6833E+01 (N = 66)	8.2197E+01 (N = 66)	6.5727E+01 (N = 66)	6.3065E+01 (N = 66)	8.1805E+01 (N = 66)
5.2500E+01 (N = 66)	1.2439E+02 (N = 66)	1.3285E+02 (N = 66)	7.0729E+01 (N = 65)	7.7098E+01 (N = 66)	5.6216E+01 (N = 66)	1.0131E+02 (N = 65)	9.9908E-01 (N = 56)	3.1755E-01 (N = 66)	2.2415E+00 (N = 66)
2.9259E+00 (N = 66)									

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	1.0000										1
	(66)										
2	.5122**	1.0000									2
	(66)	(66)									
3	.615[illegible]	.4709**	1.0000								3
	(66)	(66)	(66)								
4	-.0331	-.0106	-.1134	1.0000							4
	(66)	(66)	(66)	(66)							
5	.774[illegible]	.669[illegible]	.549[illegible]	.2454*	1.0000						5
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)						
6	.3798**	.357[illegible]	.3626[illegible]	-.2050	.2512*	1.0000					6
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)					
7	-.2478*	-.1521	.0095	.0237	-.1628	-.0711	1.0000				7
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)				
8	.4265**	.1041	.3365[illegible]	.0230	.3760**	.1102	-.0085	1.0000			8
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)			
9	-.1751	-.0905	.0967	.1297	-.1222	-.0860	.5640[illegible]	.0365	1.0000		9
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)		
10	.3450**	.2014	.2323	-.0151	.2189	.1409	-.6359**	.3334**	-.3171*	1.0000	10
	(64)	(64)	(64)	(64)	(64)	(64)	(64)	(64)	(64)	(64)	
11	.0639	-.0726	-.0753	.2177	.0460	-.0377	-.2750*	-.1330	-.1676	-.0958	11
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	
12	-.1472	-.1243	-.3512[illegible]	-.1182	-.2275	-.0080	-.0583	-.3992**	-.3195*	-.1673	12
	(64)	(64)	(64)	(64)	(64)	(64)	(63)	(63)	(64)	(62)	
13	-.1625	-.0878	-.1873	-.1093	-.1694	-.0407	.2080	-.1674	.0225	-.3117*	13
	(64)	(64)	(64)	(64)	(64)	(64)	(63)	(63)	(64)	(62)	
14	.2022	-.0030	.2017	-.0562	.0740	-.0705	-.1826	.2759*	-.0965	.2216	14
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(65)	(65)	(66)	(64)	
15	-.1533	-.2531*	-.1405	.1167	-.1700	-.1797	.0622	.1649	.0819	.0227	15
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(65)	(65)	(66)	(64)	
16	-.0516	-.1031	.1174	.0020	-.0319	.0919	-.0436	-.0256	-.0561	.1034	16
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(65)	(65)	(66)	(64)	
17	-.2129	-.1276	-.2037	.0580	-.1731	-.0810	.1420	-.0533	-.0334	-.2120	17
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(65)	(65)	(66)	(64)	
18	-.1661	-.1594	-.1287	.0454	-.1591	-.0633	.1293	-.0376	-.0162	-.0159	18
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(65)	(65)	(66)	(64)	
19	-.4543**	-.2714*	-.3023*	-.0015	-.4314**	-.0867	.0439	-.2688*	-.0113	-.1438	19
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(65)	(65)	(66)	(64)	
20	-.0387	-.1331	-.1183	.0129	-.1270	.0648	-.0495	.0289	.0196	.0083	20
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(65)	(65)	(66)	(64)	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1											1
2											2
3											3
4											4
5											5
6											6
7											7
8											8
9											9
10											10
11	1.0000										11
	(66)										
12	.0079	1.0000									12
	(64)	(64)									
13	.0214	.3213*	1.0000								13
	(64)	(63)	(64)								
14	.0244	-.0413	.1005	1.0000							14
	(65)	(64)	(64)	(65)							
15	.0661	-.2780*	-.2567*	.1477	1.0000						15
	(55)	(64)	(64)	(55)	(66)						
16	.2650*	-.1164	-.1952	-.0569	.0989	1.0000					16
	(65)	(64)	(64)	(66)	(66)	(66)					
17	.1644	-.1149	.0116	-.0126	.1113	.3261*	1.0000				17
	(66)	(64)	(64)	(66)	(66)	(65)	(66)				
18	.0919	-.1413	-.0557	.2162	.0081	.2771*	.4282*	1.0000			18
	(66)	(64)	(64)	(65)	(66)	(66)	(66)	(66)			
19	.1154	.0330	-.0049	-.3527*	.1950	.3926*	.4220*	.0902	1.0000		19
	(65)	(64)	(64)	(66)	(66)	(65)	(66)	(66)	(65)		
20	-.1027	.1906	[illegible]	.0195	.0967	-.2603*	-.3815*	-.0549	-.0257	1.0000	20
	(65)	(64)	[illegible]	66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
21	.0587	-.0279	-.1074	.0587	-.0262	-.0552	-.1750	-.1006	-.0940	-.1381	21
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(65)	(65)	(66)	(64)	
22	.0271	.0140	.0742	-.0117	.0357	.0193	-.0105	-.0886	-.1169	-.1309	22
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(65)	(65)	(66)	(64)	
23	.1653	.1276	.0855	-.2033	-.0059	-.0031	-.1658	.1224	-.2200	.1422	23
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(65)	(65)	(66)	(64)	
24	.1181	.0205	-.0439	.0250	.0060	.0712	.0791	.0187	-.1331	.0742	24
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(65)	(65)	(66)	(64)	
25	.0660	.0318	-.0815	-.0365	-.1189	.0107	-.0915	-.0153	-.0473	.1176	25
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(65)	(65)	(66)	(64)	
26	.1063	.1791	.0479	.0619	-.0401	-.0164	-.0216	-.0828	.0109	-.0590	26
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(65)	(65)	(66)	(64)	
27	.1472	.1313	.0073	.0007	.0154	-.0791	-.0420	.0013	-.0776	-.0523	27
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(65)	(65)	(66)	(64)	
28	.1548	.0070	.0264	-.0381	.0823	-.0426	.0438	.1776	.0958	-.1028	28
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(65)	(65)	(66)	(64)	
29	-.0602	.0282	-.1123	-.1467	-.0269	-.1823	.0423	-.1165	-.0587	-.2206	29
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(65)	(65)	(66)	(64)	
30	.0584	.0723	.2189	.2682**	.2152	-.0011	.2007	.0143	.0774	.1483	30
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(65)	(65)	(66)	(64)	
31	-.1069	.0530	-.2721*	.0722	.0075	-.0486	.1243	-.2777*	-.0768	-.2237	31
	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(65)	(65)	(66)	(64)	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
21	-.0749	.3156*	.1947	.1139	-.2278	-.4059*	-.2264	-.1876	-.0974	.4706*	21
	(65)	(64)	(64)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	
22	.0854	.1620	-.1343	-.0503	-.0230	-.0515	-.0481	-.2176	-.0411	.0884	22
	(65)	(64)	(64)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	
23	-.0102	.1125	-.2677*	.0654	-.0052	-.1763	-.1444	-.1273	-.2155	.0958	23
	(65)	(64)	(64)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	
24	-.0971	-.0248	.1557	.0419	.0571	-.1365	.1670	.2343	-.0557	-.0435	24
	(65)	(64)	(64)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	
25	-.0151	-.0959	-.1324	.0512	.0047	-.1305	-.0641	-.0996	-.1098	.0607	25
	(66)	(64)	(64)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	
26	.0649	.1231	-.1271	.0175	-.0709	-.1721	-.0743	-.1477	-.0713	.0039	26
	(66)	(64)	(64)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	
27	.0059	.2133	-.0379	.1345	-.1120	-.2174	-.0670	-.0977	-.0641	.0824	27
	(66)	(64)	(64)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	
28	.1091	.1007	.6167*	.3339*	-.1984	-.1884	-.0759	.0172	-.2982*	-.0112	28
	(66)	(64)	(64)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	
29	.0647	.0531	.4092*	-.0724	-.1810	-.1104	.2190	-.0881	.2620*	-.1124	29
	(65)	(64)	(64)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	
30	-.1804	.0058	-.2442	.0088	-.0104	.0739	.0042	.1655	-.1197	-.0343	30
	(65)	(64)	(64)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	
31	.0627	.1838	.0775	-.0432*	-.1510	-.0456	.0300	-.2474*	.2273	-.1823	31
	(65)	(64)	(64)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
21	1.0000										21
	(65)										
22	.0459	1.0000									22
	(65)	(66)									
23	-.0060	.3581**	1.0000								23
	(66)	(66)	(65)								
24	-.0402	-.3654**	-.1749	1.0000							24
	(66)	(66)	(65)	(66)							
25	-.0469	.2734*	.409[illegible]**	.1894	1.0000						25
	(66)	(66)	(65)	(66)	(65)						
26	.0978	.2430*	.397[illegible]**	-.1514	.1101	1.0000					26
	(66)	(65)	(65)	(65)	(66)	(66)					
27	.2327	.463[illegible]**	.557[illegible]**	-.3013*	.2725*	.64[illegible]**	1.0000				27
	(65)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)				
28	.3366**	-.0491	-.1789	-.0009	-.1087	-.1269	-.0126	1.0000			28
	(65)	(66)	(66)	(65)	(66)	(66)	(66)	(66)			
29	.0093	.0612	.0210	.1201	.1474	.0129	.0752	.1263	1.0000		29
	(65)	(66)	(65)	(65)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)		
30	-.2000	-.0455	-.0667	.1843	-.0377	-.1495	-.0995	-.0770	-.1262	1.0000	30
	(65)	(66)	(65)	(65)	(66)	(65)	(66)	(65)	(66)	(66)	
31	-.0945	-.0561	-.1360	.0362	-.1163	-.0666	-.1453	-.1270	.1230	.0039	31
	(65)	(66)	(65)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	(66)	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	

6. Literaturverzeichnis

Balint, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit
Stuttgart, 4.A.1976, Klett Verlag

Beckmann, D., Richter, H.E.: Der Gießen-Test
Bern, 1975, Huber-Verlag

Bremer,JJCB.: Die Erlebniswelt des Patienten im Krankenhaus
in: Planung im Gesundheitswesen
Quickborn, 196o, Verlag Schnelle

Brenner, Ch.: Grundzüge der Psychoanalyse
Frankfurt, 1972, Fischer-Verlag

Dubach, U.C., v. Rechenberg, K.N.: Krankheitsverständnis und Patienten-Arzt-Beziehung in der Ambulanz
Deutsche medizinische Wochenschrift 35
Jahrgang 1o2 (1977), 1239-1244

Engelhardt,K.: Der Patient in seiner Krankheit
Stuttgart, 1971, Thieme Verlag

Engelhardt,K., Wirth, A., Kindermann, L.:
Kranke im Krankenhaus
Stuttgart, 1973, Enke Verlag

Finlayson, A.: Social Networks as Coping Resources
Social Science and Medicine 1o, 97-1o3

Francis, V., Korsch, B.M., Morris, M.J.:
Gaps in Doctor-Patient-Communication
New England Journal of Medicine,
Vol. 28o, No. 1o, pp. 535 - (1969)

Freud, A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen
München, 1977, Kindler-Verlag

Geist, W., Urban, H., Köhle, K.: Der Nachtdienst in der Krankenpflege aus der Sicht patientenzentrierter Medizin
in: Schweidtmann (Hsg.): Psychosoziale Probleme im Krankenhaus
München, 1976, Urban und Schwarzenberg Verlag

Habeck, D., Engel, H.J., Münstermann, W.: Patientenmeinungen zur ärztlichen Informierung
Münchener medizinische Wochenschrift, 119 Nr. 25 S. 861-864 (1977)

Juchli, L.: Allgemeine und spezielle Krankenpflege
Stuttgart, 1973, Thieme Verlag

Jungermann, H.: Nothing Goes
oder Widerstand gegen Veränderung
Psychosozial 2/78, S.96-113, Rohwohlt-Verlag

Lawin, P.: Praxis der Intensivbehandlung
Stuttgart, 1975, Thieme Verlag

Parsons, T.: Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas
in: Mitscherlich, A. (Hsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft, S. 57
Köln, Berlin, 1967, Kiepenheuer & Wilsch

Raspe, H.H.: Institutionalisierte Zumutungen an Krankenhauspatienten
in: Begemann, H. (Hsg.): Patient und Krankenhaus
München, Berlin, Wien, 1976, Urban und Schwarzenberg Verlag

Raspe, H.H.: Informationsbedürfnisse und faktische Informiertheit bei Krankenhauspatienten
in: Begemann, H. (Hsg.): Patient und Krankenhaus
München, 1976, Urban und Schwarzenberg Verlag

Rohde, J.J.: Soziologie des Krankenhauses
Stuttgart, 2.Auflage 1974, Enke-Verlag

Rohde, J.J.: Der Patient im sozialen System des Krankenhauses
in: v. Ritter-Röhr, D.: Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft
Frankfurt, 1975, Suhrkamp Verlag

Rohde, J.J.: Strukturelle Momente der Inhumanität in einer humanen Institution
in: Döhner, O. (Hsg.): Arzt und Patient in der Industriegesellschaft
Frankfurt, 1973, Suhrkamp Verlag

Schraml, W.: Psychologie im Krankenhaus
Bern, 197o, Huber-Verlag

Schicke, R.K.: Sozialpharmakologie
Stuttgart, 1976, Kohlhammer Verlag

Sellschopp-Rüppel, A.: Probleme des medizinpsychologischen Dienstes in der inneren Medizin
Medizinische Klinik 74 (1979) S. 117-12o

Siegrist, J.: Erfahrungsstruktur und Konflikt bei stationären Patienten
Zeitschrift für Soziologie 1 (1972)
S. 271 - 28o

Siegrist, J.: Lehrbuch der medizinischen Soziologie
München, Berlin, Wien, 1974
Urban und Schwarzenberg Verlag

Siegrist, J.: Der Doppelaspekt der Patientenrolle im Krankenhaus
in: Begemann, H. (Hsg.): Patient und Krankenhaus
München, 1976, Urban und Schwarzenberg Verlag

Siegrist, J.: Arbeit und Interaktion im Krankenhaus
Stuttgart,1978, Enke-Verlag

v. Troschke, J., Jünger, E.: Bericht über die Erprobung eines Rundfunkprogrammes für Krankenhauspatienten im Zentralkrankenhaus Bremen-Nord
(nicht veröffentlicht)
Freiburg, 1978

v. Uexküll, Th.: Lehrbuch der psychosomatischen Medizin
München, 1979, Urban und Schwarzenberg Verlag

Ulrich, : Über mögliche Zusammenhänge von Arbeitstätigkeit und Persönlichkeitsentwicklung
Psychosozial 1/78 S. 57 Rohwohlt-Verlag

Weinstock,A.R.: Familiale Umwelt und Entwicklung von Abwehr- und Verarbeitungsmechanismen
in: Krohne, H.W.: Angst bei Schülern und Studenten
Hamburg, 1977, Hoffmann und Kampe Verlag

De Wolfe, A.S., Barrell, R.P., Cummings, W.:
Patient Variables in Emotional Response to Hospitalisation for Physical Illness
Journal of Consulting Psychology 30, (1966), pp. 68-72

Lebenslauf

Am 11.1.1954 wurde ich als Tochter von Prof.Dr.Michael Seidlmayer und Dr.Johanna Seidlmayer in Würzburg geboren. Von 1960 bis 1964 besuchte ich die Goethe-Schule in Würzburg, danach, von 1964 bis 1973 das Wirsberg-Gymnasium in Würzburg, wo ich am 8.6.1973 das Abitur ablegte. Ab 1973 studierte ich in Gießen an der Justus-Liebig-Universität Humanmedizin, legte im Oktober 1979 den letzten Teil der ärztlichen Prüfung ab und erhielt die Approbation als Ärztin. Seit November 1979 arbeite ich an der nephrologischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Siegen, Haus Hüttental. Von Mitte 1977 bis Mitte 1980 arbeitete ich an der Fertigstellung der jetzt eingereichten Dissertation.

DRUCK:
DKD-Druck-und Kopierdienst GmbH
6300 Giessen, Frankfurter Str. 22
Tel. 0641 / 71878